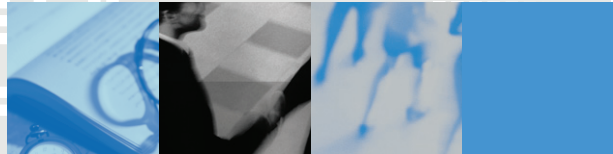


National Assembly Research Service



고령사회 대비 주치의 제도 도입 검토



국회입법조사처
NATIONAL ASSEMBLY RESEARCH SERVICE

현안보고서 Vol. 61

-저출산·고령사회 대응 시리즈 제4호-

고령사회 대비 주치의 제도 도입 검토

이만우(보건복지여성팀 팀장)

2009. 12. 30



국회입법조사처
NATIONAL ASSEMBLY RESEARCH SERVICE

요 약

현재 한국사회에서는 저출산 현상이 지속되고 노인인구가 급속하게 증가함에 따라 고령화가 가속화되면서 만성질환 유병인구 또한 급격하게 늘어나 노인의료비가 상승하고 있다(2009년 상반기 기준, 노인의료비는 건강보험 상 총진료비 중 31.7%임).

그럼에도 불구하고 우리의 보건의료체계는 노인의료비를 증가시키는 만성질환 관리에 적합하지 않다. 만성질환 관리에 필수적인 예방 중심의 건강증진보다는 치료 중심의 의료행위가 2차, 3차 대형병원을 중심으로 이루어지고 있다. 따라서 고령사회를 대비하여 만성질환의 현재적 위험을 해소하고, 전생애에 걸친 건강증진을 도모하기 위해 치료서비스 중심으로부터 예방 및 재활서비스 중심으로 보건의료체계를 재편하는 것이 요구된다.

이를 위해 1차의료 강화의 정책수단으로 주치의 제도를 도입하는 것이 필요하다. 주치의 제도는 타 보건의료 분야와의 긴밀한 협력을 이끌어낼 수 있을 뿐만 아니라 노인 만성질환자를 포괄적·지속적으로 관리함으로써 노인의료비를 적절히 통제할 수 있을 것이다.

우리의 주치의 제도 도입 관련 시사점을 얻기 위해 영국, 미국, 프랑스, 독일의 제도 운영사례를 1차의료 상황, 주치의 자격 및 등록, 역할 및 제공서비스, 지불보상방식 등의 항목별로 검토하였다. 그 결과는 다음과 같다.

영국과 같이 주치의 제도의 오랜 전통을 지닌 국가보건의료서비스(NHS) 국가에서는 주치의 인력에 대한 자격 규정이 잘 갖추어져 있고, 환자의뢰체계로서의 ‘문지기(gate-keeper)’ 시스템도 매우 엄격하게 적용되고 있다.

최근에 주치의 제도를 도입한 사회보험 국가인 프랑스나 도입을 위한 시범사업 중인 독일, 그리고 시장메카니즘에 입각한 자유주의적 보건의료체계의 대표적인 국가인 미국의 경우는 영국에 비해 상대적으로 주치의 자격 규정이

느슨하고 문지기 시스템의 예외도 인정하고 있다. 환자가 의사를 자유롭게 선택하는 오랜 전통이 있고, 영국에 비해 전문의의 주도성이 크기 때문에 제도 설계의 과정에서 전문의 인력을 배제할 수는 없었던 것으로 판단된다.

각 국가별 사례를 비교한 결과, 바람직한 1차의료는 바로 문지기 시스템과 등록환자에 기반한 인두제적 지불보상방식으로 운영되는 주치의 제도임을 알 수 있다. 인두제는 엄격한 문지기 시스템 적용과 일정 규모의 고정된 등록환자 확보를 통해 가능한 것인데, 최근에는 1차의료의 접근성을 증대시키고 인구 고령화와 질병양상의 변화라는 환경적 요인에 대응하기 위해 그 인두제에 의료서비스의 질 향상에 따른 성과급 부여를 보충하는 것이 현실적 추세이다.

한편, 기존에 행위별수가제를 적용하던 프랑스에서는 지불보상방식의 변화를 추구하는 정도가 다소 약한데, 이는 주치의 제도의 안착을 위해 기존 보건의료체계의 변화를 최소한으로 제한하려는 의도로 보인다. 하지만 보건의료 자원의 배분에 있어 효율성과 형평성을 동시에 추구하는 것이 전세계적 흐름이고 1차의료 또한 예외는 아니므로 주치의 제도의 정착 여부와 무관하게 모든 나라가 의료의 질적 수준 향상을 위한 지침개발 및 성과지표 관리, 기술평가 등을 실시하고 있다. 독일과 미국의 경우, 전문의 인력 스스로가 질관리 활동에 적극적인데, 이는 바람직한 1차의료의 형성에 기여하고 있다.

주치의 제도는 1차医료를 정상화하고 1차의료로 담당하는 전문 인력이 의료자원을 합리적으로 배분하는 수단이라고 생각하기 때문에 이제 고령화 대응 한국형 주치의 제도의 도입을 적극적으로 고민할 때이다.

주치의 제도의 도입방향은 일부 특정 주민(노인 만성질환자 등)에 대해서는 당연적용의 원칙을 적용하되, 기본적으로 의료공급자와 국민 모두 강제보다는 자발적 참여에 기초해야 할 것이다. 더불어 1차의료 중심으로 시행함으로써 2차, 3차 의료기관과의 상호 발전을 도모해야 할 것이다. 또한 현행 보건의료체계의 여건을 고려하여 참여 대상 및 지불보상방식을 단계적으로 발전

시켜 나가야 할 것이다. 1단계에서는 시범사업을 통해 프로그램과 합리적 운영모형을 개발하고, 2단계에서는 만성질환 노인들을 중심으로 서비스 대상을 단계적으로 확대하여, 3단계에서는 서비스 대상의 확대 뿐만 아니라 특수 집단 및 특수 프로그램(희귀·난치성 환자 관련 등)까지 주치의 제도에 포함시켜 가는 방식이 고려되어야 할 것이다(세부 검토사항은 IV-2 참조).

지금까지 의료공급자들은 보건의료서비스의 시장지향적 공급형태를 지닌 우리의 현실에 어울리지 않는다는 명분으로, 또한 제도 도입의 조건이 미비되어 있다는 핑계로 주치의 제도의 도입에 반대해 왔다. 보건의료서비스의 ‘사회화’를 전제로 하는 주치의 제도를 도입할 경우, 보건의료전달체계의 불균형이 초래되어 국민의 의료비 부담을 가중시킬 뿐이라고 주장하고 있다. 그러나 주치의 제도 도입을 위한 인프라는 비교적 안정적으로 구축되어 있다고 판단된다. 또한, 제도도입으로 인한 추가적인 의료비용의 상승은 현행 건강보험 재정기전으로 뒷받침될 것이며, 등록환자 관리 등 제반 관리업무를 담당할 공적조직(건강보험심사평가원)과 관련 인력 또한 구비되어 있다고 생각한다.

따라서 고령사회를 대비하여 주치의 제도가 성공적으로 도입·시행되기 위해서는 핵심 이해당사자인 의료공급자를 설득하는 차원에서 다음과 같은 구체적인 정책과제들이 제시하고자 한다.

첫째, 주치의 제도의 형식적 측면으로 의료전달체계 각 수준들 간의 상호 협력을 실현함으로써 전달체계 자체를 합리적으로 조정해야 할 것이다. 이를 위해 의료공급자에게 의료기관들의 기능분화를 위한 동기를 부여하는 방안, 즉 1차, 2차, 3차 의료기관들이 자기 수준에 적합한 진료를 하는 경우 ‘이익이 남는 보수지불’을, 그렇지 않은 경우 ‘손해보는 보수지불’이 되도록 **의료기관 중별 차등보상제**를 개발·시행해야 할 것이다.

둘째, 주치의 제도의 내용적 측면으로 의료서비스의 질과 등록자들의 만족도를 높이기 위한 다양한 **‘주치의 서비스 프로그램들’**이 개발·운영되어야

할 것이다. 최근 논의되고 있는 ‘노인주치의제’, ‘아동주치의제’, 특히 ‘만성질환 중심의 주치의 제도’ 등 부분적 주치의 제도형태를 고려하여 특수 프로그램을 개발할 필요가 있다. 이러한 프로그램 개발 및 운영과 관련하여 지불보상을 주치의 서비스의 질적 수준과 연계하는 것이 중요한데, 인두제를 기본적인 지불보상방식으로 하되 환자의 특성에 따른 차이를 보정(補正)하고 제공된 서비스에 기반한 추가적인 인센티브 지불을 제도화해야 할 것이다.

마지막으로, 주치의 제도의 도입·시행을 강력히 추진할 수 있는 국가적 지원 및 정부와 민간 사이의 효과적인 거버넌스의 발휘가 요구된다. 따라서 제도를 시행하고자 하는 정부의 의지, 제도의 수용가능성을 높이기 위한 국민적 호응, 그리고 1차의료 인력들의 적극적인 참여가 있어야 한다.

이와 관련하여 먼저, 정부 차원에서 보건복지가족부는 진료비 지급 및 표준진료지침개발 업무를 담당하고, 각 지방자치단체는 주치의를 위한 교육 및 훈련을 제공하도록 하며, 시·군·구는 각종 보건사업과 주치의 제도를 연계하는 사업을 실시하는 방안을 모색할 수 있다. 그리고 1차의료 의사들이 공동 개원하는 형태의 ‘**주치의협력의원**’의 설립을 재정적으로 지원하고, 또한 「공공의료에 관한 법률」 등 관련 법규를 개정하여 비영리 1차의원(‘의료생협’ 등)의 설립을 지원하는 것도 필요할 것이다.

다음으로 민간 차원에서 개원의들이 주축이 되어 의료계의 주치의 제도에 대한 수용성을 높여야 한다. 시·군·구 주치의 연합인 ‘주치의 협의회’를 구성하여 기존의 보건소(보건지소, 보건진료소)와 연계함으로써 그 기능을 보조하는 다양한 형태의 공공-민간 협력형 ‘**주치의 네트워크**’를 구축하는 것도 의미가 있다.

차 례

□ 요약

I. 서론 / 1

II. 고령화 대응 1차의료 강화의 정책수단: 주치의 제도 / 5

- 1. 우리나라 1차의료의 문제점 5
 - 가. 1차의료의 의미 5
 - 나. 바람직한 1차의료의 부재 6
- 2. 주치의 제도의 기능 7
 - 가. 만성질환 관리를 위한 포괄적 의료서비스 이용의 형평성 증진 ... 8
 - 나. 의료전달체계의 효율화 9

III. 외국 주치의 제도의 운영 사례 / 10

- 1. 국가보건서비스(NHS) 방식: 영국 10
 - 가. 1차의료 상황 10
 - 나. 주치의 제도 현황 11
 - (1) 주치의 자격 및 등록 절차 11
 - (2) 주치의 역할 및 제공서비스 12
 - (3) 주치의에 대한 지불보상방식 13
 - 다. 문제점 및 개혁동향 14
- 2. 시장기반형 방식: 미국 14
 - 가. 1차의료 상황 14
 - 나. 주치의 제도 현황 15
 - (1) 주치의 자격 및 등록 절차 15
 - (2) 주치의 역할 및 제공서비스 16
 - (3) 주치의에 대한 지불보상방식 17
 - 다. 문제점 및 개혁동향 18

3. 사회보험 방식: 프랑스와 독일	19
가. 프랑스: 주치의 제도 도입을 통한 의료전달체계 개혁	19
(1) 1차의료 상황과 주치의 제도 도입	19
(2) 주치의 자격과 역할 및 운영방식	20
(3) 제공서비스	22
(4) 지불보상방식	22
(5) 도입 효과 및 문제점	24
나. 독일: 의료의 질관리와 비용통제를 위한 주치의네트워크	25
(1) 1차의료 상황과 주치의 제도 도입	25
(2) 주치의 제도 시범사업	26
(3) 주치의 자격 및 등록체계	29
(4) 시범사업의 성과 및 한계	29
IV. 주치의 제도의 도입가능성 및 검토사항 / 32	
1. 주치의 제도 도입의 시도 및 가능성 진단	32
가. 도입 시도 연혁 및 실패 원인	32
나. 도입 가능성 진단	34
2. 주치의 제도 도입의 기본 방향	36
가. 1차의료 중심: 2, 3차의료 상호발전	36
나. 선택적 참여로부터 단계적 확산으로	36
3. 주치의 제도 도입시 검토사항	37
가. 제도참여 방식	38
나. 주치의 자격	39
다. 등록 및 전달체계: 등록단위(개인 vs 가족), 본인부담금(확대 vs 할인)	40
라. 제공서비스	41
마. 지불보상방식	42
바. 재원조달방법	44
V. 정책제언 / 47	

□ 참고문헌

표 차례

[표 1] 주요국의 주치의 제도 비교	31
[표 2] 주치의 제도에 대한 찬성과 반대	34
[표 3] 주치의 제도 참여방식	38
[표 4] 주치의 자격규정	40
[표 5] 주치의 제공서비스	41
[표 6] 연간 관리료를 통한 주치의 제도 인센티브	42
[표 7] 관리료의 재원구성	45
[표 8] 기본 관리료에 대한 소요비용 추계	46

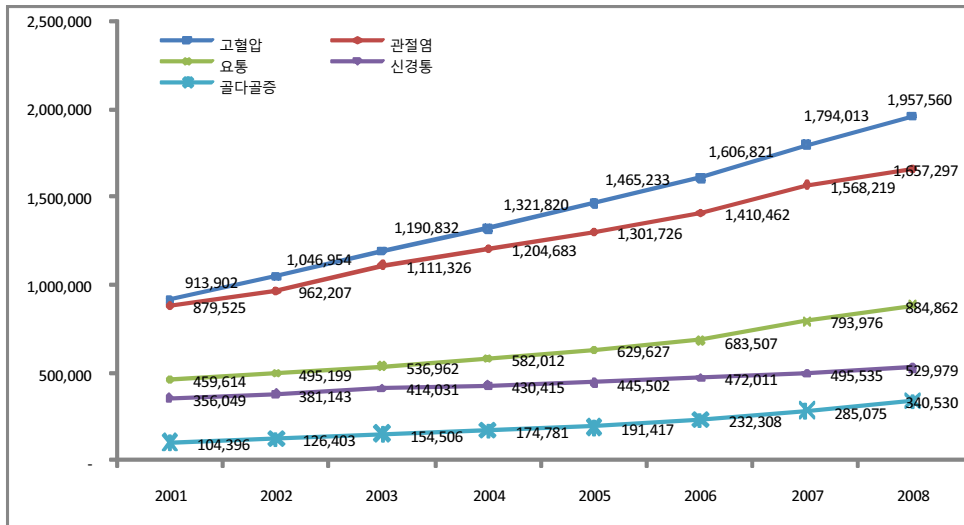
그림 차례

[그림 1] 만성질환 유병인구의 증가 추이	1
[그림 2] 노인의료비 증가 추이	2
[그림 3] AOK의 주치의 모형 구성요소 및 발전전략	28
[그림 4] 주치의제도의 단계적 도입방안	37
[그림 5] 주치의 제도 총진료비 구성	44

I. 서론

현재 한국사회에서 저출산 현상이 지속되고 노인인구가 급속하게 증가함에 따라 고령화가 가속화되면서 고혈압, 관절염, 요통, 신경통, 골다공증 등 만성질환 유병인구가 급격하게 늘어나고 있다. 특히 정기적인 검진서비스와 지속적인 투약관리가 요구되는 고혈압 환자의 경우, 2008년 190만명을 상회하고 있다.

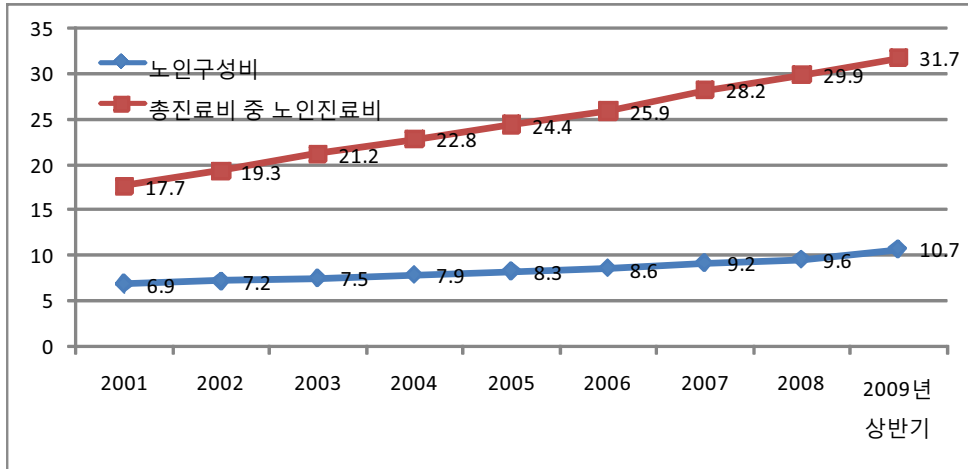
[그림 1] 만성질환 유병인구의 증가 추이



자료: 국민건강보험공단, 내부 자료, 2009. 12

이러한 만성질환 인구의 증가는 65세 이상(전체 인구의 10.7%) 노인의료비를 지속적으로 상승시켜 2009년 상반기 기준 노인의료비가 연간 약 10조 가량 지출되어 총진료비 중 31.7%에 달하고 있다. [그림 2]는 전체 인구의 건강보험 상 총진료비 중 노인의료비가 차지하는 비중을 나타낸 것인데, 2001년 17.7%에 불과하였던 노인의료비의 비중이 약 9년만에 거의 두배로 증가하였다.

[그림 2] 노인의료비 증가 추이



자료: 국민건강보험공단, 내부 자료, 2009. 12

이렇게 노인의료비를 지속적으로 상승시키는 효과를 내는 만성질환은 완치가 불가능하여 환자의 잔여 인생 동안 질병관리를 위한 지속적인 의료기관의 방문이 필요하고, 또한 신체적, 인지적 기능의 유지를 위한 지속적인 재활서비스가 요구된다. 따라서 만성질환 관리는 입원을 통한 질병치료나 응급질환 치료에 초점이 맞추어지는 것이 아니라 건강을 유지하고 질병의 진행을 늦추며 합병증을 예방하는데 그 목적이 있다고 할 수 있다.

이를 위해서는 증상이 있을 때 진찰을 받고 전문가의 처방을 받아들여 치료를 꾸준히 지속하는 것과 더불어 위험요인을 줄이기 위해 생활습관을 바꾸는 것이 중요하므로 사전적 예방, 포괄적 진료, 지속적 사후 관리, 그리고 의료전달체계 내의 각 부분들의 협력 등이 필수적이다. 즉 만성질환으로 고통받고 있는 노인들에게는 가정에서 스스로 자신의 문제를 관리할 수 있는 자기관리기술이 중요함과 동시에 단순한 의학적 중재를 넘어 통합적 보건의료서비스의 제공이 필요하다는 것이다.1)

그런데 우리의 보건의료체계는 이러한 만성질환 관리에 적합하다고 할 수

있는가? 현재 주로 노인층의 만성질환자 대상 보건의료서비스의 경우, 주로 병·의원 등의 의료기관은 건강보험의 틀 안에서 치료적 서비스를 제공하고 있고, 미흡하지만 보건소를 중심으로 한 지역보건제도의 틀 안에서만 거주 노인들을 위한 1차의료서비스가 제공되고 있다. 이는 만성질환 관리에 필수적인 예방 중심의 건강유지 및 건강증진보다는 치료 중심의 의료행위가 2차, 3차 대형병원을 중심으로 이루어지고 있음을 말하는 것이다.

이러한 보건의료전달체계의 ‘왜곡’은 만성질환 관리프로그램을 수행·평가 하는데 한계가 있을 뿐만 아니라 국민의 노인의료비 부담을 가중시킬 수 밖에 없다. 예방적 차원에서 지역사회의 광범위한 보건의료자원을 동원·활용하기 보다는 고가의 급성적 질병치료를 노인 만성질환자들의 의료이용을 제한하는 경향이 있기 때문이다. 따라서 고령사회를 대비하여 만성질환의 현재적 위험을 해소하고, 전생애에 걸친 건강증진을 도모하는 수단은 치료서비스 중심에서 예방 및 재활서비스 중심으로 보건의료체계를 개선하는 것이다.

그 해답은 바로 **1차의료의 강화**이며, 이를 실현하기 위해서는 **주치의 제도의 도입**이 필요하다. 주치의 제도는 만성질환 관리에서 포괄성과 지속성을 향상시키고 타 보건의료 분야와의 긴밀한 협력을 이끌어낼 수 있을 뿐만 아니라 주치의가 주요 시점에서 노인 만성질환자를 검진·관리함으로써 더 큰 질

1) 따라서 만성질환 관리의 전략적 특징으로 다음의 사항들이 거론되고 있다(은상준, “주치의 제도의 필요성”, 제41회 한국보건행정학회 후기학술대회 발표자료, 2008).

- ① 여러 진료과목 서비스를 통합적으로 시행·전달
- ② 개인차원 치료뿐만 아니라 고위험 인구집단에 집중적 초점
- ③ 예방사업부터 다른 부분까지 체계적인 서비스 전달
- ④ 환자의 요구를 파악하고 치료방향 결정에 환자의 역할 기대
- ⑤ 만성질환자의 삶의 질, 질병관리프로그램의 평가 결과로 환자 중심의 성과 강조
- ⑥ 의학적 과오의 최소화
- ⑦ 근거중심의학(evidence-based medicine)에 기반한 임상진료지침 준수
- ⑧ 인구집단과 개별 환자에 대한 치료적 중재의 비용효과 증시

병으로의 진행을 막을 수 있어 노인의료비를 적절히 통제할 수 있을 것으로 생각한다. 다시 말해, 만성질환 관리를 통한 노인의료비 절감이라는 고령화 대응 의료보장정책의 일차적 목적을 주치의 제도를 도입함으로써 달성할 수 있다고 본다.

따라서 본 보고서에서는 고령사회에 대비하여 1차의료 강화의 정책수단으로서 주치의 제도가 만성질환 관리를 위한 포괄적 의료서비스의 형평성을 증진시키면서 현행 의료전달체계를 효율화할 수 있음을 밝히고 외국의 주치의 제도의 운영사례를 살펴본 후, 주치의 제도의 도입 가능성을 진단하여 제도 도입시 요구되는 세부 사항들을 검토하고 정책과제를 제시하고자 한다.

II. 고령화 대응 1차의료 강화의 정책수단: 주치의 제도

1. 우리나라 1차의료의 문제점

가. 1차의료의 의미

1차의료는 증상이나 상병을 가지고 동네의원을 찾아오는 환자들을 대상으로 하는 의원급 의료기관의 치료 중심 의료활동인 1차진료(primary medical care)만을 의미하는 것이 아니다. 1차의료는 개인 및 가족과 지역사회를 위하여 건강증진, 예방, 치료 및 재활 등의 서비스가 통합된 기능으로서 제도적으로는 주민이 보건의료체계에 처음 접하는 관문(first contact care)이자 기술적으로는 예방과 치료가 통합된 포괄적 보건의료(comprehensive health care)를 의미한다.²⁾ 즉 1차의료는 대증요법(對症療法)의 수준에서 치료서비스를 제공하는 것이 아니라 포괄적인 보건의료서비스의 제공망을 의미한다.

1차의료는 질병 예방과 사망 감소에 긍정적이고 치료중심의 전문의료에 비하여 건강형평성의 향상에 더 이바지할 수 있으며 보건의료체계의 지속 발전가능성을 높인다고 평가되고 있다.³⁾ 이러한 이유로 1차의료는 건강을 위하여 가장 먼저 대하는 보건의료로서 환자의 가족과 지역사회를 잘 알고 있는 의사가 환자와의 관계를 지속하면서 보건의료자원을 조정하여 주민에게 흔한 건강 문제들을 해결하는 분야라고 한다.⁴⁾

- 2) 이재호, “일차보건의료에 관한 Alma-Ata 선언과 의미, 그리고 한국의 일차의료”, 대한의사협회 창립 100주년 기념 제32차 종합학술대회 발표자료, 2008.
- 3) Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* Vol. 83 No.3, 2005.
- 4) Lee JH, Choi YJ, Volk RJ, Kim SY, Kim YS, Park HK, Jeon TH, Hong SK, Spann SJ. Defining the concept of primary care in South Korea using a Delphi method. *Fam Med.* Vol. 39 No. 6, 2007.

따라서 1차의료 기능을 효과적으로 수행하기 위해서는 여러 분야 보건의료인들의 협력과 지역사회 주민의 참여가 필요하며, 바람직한 1차의료의 핵심 속성은 접근성(필요할 때 제공받을 수 있는 서비스의 형평성), 포괄성(건강문제에 대해 광범위한 서비스 제공: 예방, 치료, 재활 및 건강증진), 지속성(건강관리, 의사-환자의 관계 및 진료의 지속), 조정성(지역사회적 관점에서 의료분야 간, 의료와 타 분야 간, 환자와 가족 간의 연계·조정), 책임성(진료의 일관성, 맞춤형 진료) 등이라고 할 수 있다.

나. 바람직한 1차의료의 부재

그런데 이러한 바람직한 1차의료의 속성에 입각하여 우리나라 1차의료로 살펴보면 다음과 같은 문제점이 지적될 수 있다.

첫째, 국민건강보험제도의 덕택에 1차진료에서 의료이용의 형평성은 이전보다 개선되었다고 볼 수 있으나 외래의료 이용의 거의 절반이 병원급 의료기관에서 이루어지고 있다. 병원급 외래진료는 주로 소득 수준이 높은 계층이 이용하고 있으므로 1차진료에서 형평성 문제가 여전히 남아있다고 볼 수 있다. 더구나 질병의 치료가 아닌 질병예방과 건강증진의 영역에서는 사회계층간 의료이용의 형평성에 더 큰 문제가 나타나고 있다.⁵⁾

둘째, 제공되는 의료서비스는 건강증진과 질병예방, 질병의 조기발견, 조기 치료 및 재활 등을 모두 포괄해야 하지만, 국민들은 제도적으로 포괄적인 의료서비스를 받아본 경험이 별로 없는 편이다. “건강증진부터 치료와 재활까지, 인체의 특정 장기가 아닌 인간 전체 또는 인간 자체가 치료와 돌봄의 대상”⁶⁾이 된 적은 없다는 것이다.

5) 은상준, 앞의 발표자료, 2008.

6) 윤중률, “일차의료 활성화를 위한 노인주치의 제고 도입의 필요성”, 가정의학회지, 제27권 제4호 별책, 2006.

셋째, 1차의료에서 일정한 의료진에게 계속 진료와 돌봄서비스를 받거나, 이를 통해 환자에 관한 각종 진료정보가 체계적으로 누적되고 이어지는 지속성이 부족하다. 방문 의료기관을 자주 바꾸고, ‘명의’를 찾아다니는 소비적 의료이용 행태, 수시로 생겼다가는 없어져 버리는 의원급 의료기관들과 이와 함께 사라지는 진료기록들, 동일 질병으로 다른 의료기관을 방문하면 처음부터 문진과 각종 검사를 다시 시작하는 우리나라 의료전달체계에서 의료의 지속성 개념을 떠올리기는 어려움이 있다.

넷째, 영국과 프랑스 등 유럽 국가들에서 1차의료 담당 의사는 포괄적이고 지속적인 건강관리뿐만 아니라 의료전달체계의 ‘문지기(gate-keeper)’로서 조정 역할을 담당하지만, 우리나라에서는 환자 개인이 방임적 상황에서 스스로 이 조정 역할을 수행하고 책임을 지고 있는 형편이다. 1차의료 의사가 환자가 요구하는 최상의 서비스를 제공하기 위해 필요할 경우 다른 의료기관에 환자를 의뢰하고 사후 관리를 하는 등의 지속적인 책임을 지고 있지 못하다.

다섯째, 의료소비자들은 1차의료에 대한 개념이 미흡하고, 소위 동네 의원에 대한 국민의 만족도와 신뢰도가 낮은 관계로 여러 병원급 의료기관을 전전하고 있다. 불필요한 중복진료 또는 과잉진료가 발생할 수 있는 여지 높다고 할 수 있다. 환자의뢰체계의 부재로 인한 병원 의료이용에서의 혼선과 낭비, 의료전달체계의 ‘미숙한’ 발달로 인한 의료기관의 중벌을 뛰어넘는 무차별적 경쟁 등으로 비효율적 의료공급체계를 가지고 있는 셈이다.

2. 주치의 제도의 기능

주치의 제도는 국민들이 쉽게 찾을 수 있는 의원의 의사들 중 한 명을 담당 주치의로 등록하여 아프거나 건강에 이상이 있을 때 처음 만나는 의사가 항상 있게 하는 것이다. 주치의는 자신에게 등록되어 있는 환자의 건강상태와

질병상태를 관리하고 환자가 아프지 않도록 예방, 건강증진, 그리고 교육까지 건강관리 전영역을 담당·조정한다.

가. 만성질환 관리를 위한 포괄적 의료서비스 이용의 형평성 증진

만성질환 유병률은 저소득 계층에서 더 높게 발생하고, 또 유병한 만성질환자들에서는 저소득 계층 환자가 상위 소득계층 환자들보다 더 일찍 사망한다. 전자의 이유로는 사회경제적 생활과 건강행태의 격차를 들 수 있고, 후자의 주된 이유로는 저소득 계층의 실질적인 예방교육 및 검진서비스를 받을 기회가 상위 소득계층에 비해 유의하게 적은 데 기인한다고 한다.⁷⁾

이렇다면, 만성질환 관리를 위해서는 질병치료에서 뿐만 아니라 질병예방과 건강증진에서도 사회계층 간 포괄적 의료서비스 이용의 형평성을 보장해 주어야 한다. 이를 위해 주치의 제도가 생애주기별 국민건강증진체계의 한 부분으로 기능하게 만드는 것이 필요하다.

특히 노인들은 다양한 복합질환, 난치성의 만성질환을 가지고 있는 경우가 많고, 질병이 생겨도 증상이 매우 애매하여 진단이 어려우며, 질병이 없는 경우에도 고령화될수록 노쇠증상이 발생하기 때문에 노인 스스로가 또는 가족들이 노인의 건강상태를 전반적으로 평가하고 적절한 치료방침을 선택해 줄 주치의의 필요성을 강하게 느낄 것이다. 노인들에게는 유병상태, 합병증의 여부, 치료나 기능상태의 회복 가능성과 방법, 적절한 서비스 자원의 활용방법 등에 대한 정보를 제공해 주고 가장 가까운 곳에서 포괄적인 건강평가를 맡아 줄 주치의가 요구된다. 이렇게 급속하게 높아지는 노인들과 그 가족의 기대 욕구에 부응하여 그들과 주도적으로 소통하는 주치의를 선정하고 만성질환의 지속적 관리에 걸맞는 환자-의사 관계를 정립하는 것이 필요하다.⁸⁾

7) 이상이, “국민주치의제도 도입을 위한 활동 방향”, 전국민주치의제도 도입을 위한 정책세미나 자료집, 건강세상네트워크, 2008.

나. 의료전달체계의 효율화

현재 우리나라에서 의료전달체계가 왜곡된 이유 중의 하나는 전문과목 중심의 ‘파편화된’ 1차진료만 존재하고 양질의 포괄적인 1차의료가 작동하지 않기 때문이다. 의료서비스의 요구 수준별로 1차, 2차, 3차 의료기관의 역할 및 기능이 체계적으로 분화되어야 전체 보건의료서비스의 효과적인 제공이 가능하나 현재 우리의 의료전달체계는 미분화되어 의료기관 간의 유기적인 연계는 커녕 각 의료기관 간의 무차별적인 경쟁이 이루어지고 있어 전달체계 전체의 비효율을 부르는 한 원인이 되고 있다. 2차급인 중소 종합병원은 1차급인 의원과 비교해 진료과목별 전문화 수준에서 차별성이 없으며, 3차급인 종합전문요양기관의 경우 환자진료부담이 높아 교육·의료기술의 연구개발 및 확산 기능이 취약한 문제점이 있다.

주치의 제도는 의료전달체계의 효율성을 높이는 데 가장 중요한 요소이다. 제도화된 바람직한 1차의료라 함은 곧 주치의 제도를 의미한다고 해도 과언이 아니다. 즉 주치의 제도가 정착되어 있어야 1차의료가 건설해지는 것이며, 이를 기반으로 전문의 중심의 현행 동네 의원체계보다 더 효율적인 의료전달체계를 공고히 확립할 수 있게 된다. 따라서 주치의 제도는 우선 **1차의료의 접근성과 지속성을 보장하는 정책수단**이라고 할 수 있고, 이 제도가 제대로 기능하려면 1차의료의 포괄성과 조정성을 확립하고 의료전달체계의 효율성을 증진시켜야 함은 물론이다.

- 8) 만성질환 관리의 일환인 노인주치의 제도를 시작으로 전국민주치의 제도로 주치의 제도가 확대되어 환자-의사 간 신뢰 관계, 환자 의뢰와 역의뢰 체계, 의원과 병원 간의 역할 분담 등이 가능해 질 것으로 예상된다.

Ⅲ. 외국 주치의 제도의 운영 사례

한국사회에서 주치의 제도의 성공 여부는 1차의료의 강화, 즉 만성질환 관리를 위한 포괄적 의료서비스의 접근성 확보와 이를 통한 의료전달체계의 재편에 달려 있다고 생각한다. 이에 한국형 주치의 제도의 설계방안에 대한 시사점을 얻고자 외국의 주치의 제도를 살펴보고자 한다.

보건의료체계의 구축 초기부터 주치의 제도가 그 체계 속에 포함되어 있는 국가보건의료서비스(National Health Service: NHS) 국가인 영국, 시장메카니즘에 의한 보건의료체계의 발전과정에서 주치의 제도가 원형에서 다소 변형된 형태로 부분적으로 도입된 자유주의 모델의 대표적인 국가인 미국, 사회보험방식 국가로서 최근 주치의 제도를 도입한 프랑스와 도입 중에 있는 독일 등의 제도 운영사례를 검토하고자 한다.

1. 국가보건서비스(NHS) 방식: 영국

가. 1차의료 상황

영국은 오랜 주치의 제도의 역사를 가지고 있으며 1차의료는 대부분 주치의로 등록된 가정의(GP, 일반의)에 의해 제공되고 있다. 가정의는 독립적 자영업자로서 지역 1차의료 트러스트(Primary Care Trust: PCT)와 계약을 체결함으로써 NHS의 진료기관이 된다. PCT는 NHS로부터 예산을 배정받아 지역사회 1차医료를 총체적으로 기획·관리하고 2차医료를 병원으로부터 구매하는 관리조직으로서 지역별로 약 15만~30만의 인구를 담당하고 있다.⁹⁾

9) 이상아·정현진, “주요 국가 주치의 제도의 최근 동향”, 가정의학회지, 제28권 제11호, 2007.

이러한 1차의료 트러스트가 주도하는 주치의 서비스는 1차의료의 핵심 영역이다. PCT는 주치의 서비스를 구매함으로써 지역 내 1차의료를 제공하며, 동시에 NHS Direct¹⁰⁾와 NHS 방문센터(NHS Walk-in-Center)¹¹⁾ 등 공공기관을 직접 운영함으로써 주치의 서비스를 보조하고 있다.

나. 주치의 제도 현황

(1) 주치의 자격 및 등록 절차

영국에서는 일반의와 전문의가 될 수 있는 길이 분리되어 있고, 일반의가 되기 위해서는 약 9-10년 정도가 걸린다. 보통 3년 정도의 학부과정(medical degree)과 2년 정도의 기초의학과정(foundation program)을 마친 자들이 의학대학원 과정(postgraduate medical education)에 입문할 수 있다. 의학대학원에서는 일반의 과정과 전문의 과정을 선택해야 하는데, 일반의 과정은 3년이고 전문의 과정은 전문진료과목에 따라 차이가 있지만 약 8년이 소요된다. 주치의 자격을 얻으려면 최소한 의학대학원 일반의 과정 3년을 이수하고 의학협회(General Medical Council)에 일반의로 등록한 자이어야 한다.

모든 영국 국민의 의무사항으로 거주 지역 내 가정의들 가운데 주치의를 선택하여 등록해야 하며, 원하는 주치의를 3명 정도 PCT에 신청하면 PCT가 그 중 한 명을 주치의로 지정해준다. 주치의의 변경 또한 자유로워 특별한 제한이나 사유가 필요없이 PCT에 방문하여 주치의 변경신청서를 작성하여 제출

10) NHS Direct는 지역 PCT가 운영하는 공공기관으로서 24시간 직원이 상근하면서 의료에 관한 모든 정보와 상담(자가치료, 지역사회 의료기관 정보, 특정 질환에 대한 응급조치에 대한 정보 포함)을 제공하는 전화서비스센터이다.

11) NHS 방문센터 역시 PCT가 운영하는 공공조직으로서 주로 역·상가 등 사람이 많이 모이는 곳에 설치되어 누구나 사전 예약 없이 간단한 처치와 치료를 받을 수 있는 진료기관이다.

하면 주치의를 변경할 수 있다. 그러나 주치의의 변경은 실제로 거의 일어나지 않고, 대부분의 환자가 한 명의 주치의와 오랜 관계를 형성·유지하고 있는 것으로 보고되고 있다.¹²⁾

(2) 주치의 역할 및 제공서비스

주치의는 문지기로서 등록환자에 대한 포괄적 서비스의 제공은 물론 필요한 경우 진료의뢰를 통해 의료이용 전체를 조정한다. 문지기 시스템은 비교적 엄격하여 병원 응급실 이용이나 NHS 방문센터를 이용하지 않는 이상 보건의료서비스 처음 접촉의 90%는 주치를 통해 이루어진다.

주치의는 보통 월요일부터 금요일까지 오전 9시부터 오후 6시까지 1차의료서비스를 제공한다. 경우에 따라서는 전화상담을 하는데 1년 평균 1만회 이상의 전화상담을 하고 있으며, 필요한 경우 가정방문서비스도 제공한다. 일반적으로 주치는 시간외 진료서비스를 제공하지 않는데, 시간외 진료가 필요한 경우 제도 초기에는 주치들이 자체적으로 또는 순번제로 해결하였으나 현재는 지역단위로 설치된 NHS Direct를 통해 해결하고 있다.

제공서비스는 NHS가 급여하는 진료항목에 대한 서비스를 제공할 수 있는데, 대부분의 진료항목이 여기에 포함된다. 단 전문적인 치료를 요하는 환자의 경우, 2차 의료기관인 병원에 의뢰한다. 그 외 제공되는 부가서비스로 자궁검진, 어린이 건강감시, 출산 및 산모검진, 피임서비스, 염색체검사 등 건강증진 관련 서비스를 제공하고 있다.

2007년 기준 주치의 역할을 하는 가정의 수는 42,566명으로 전체 의사인력의 29.4%를 차지하고, 인구 1천명당 가정의 수는 0.7명이며, 가정의 한 명당 등록환자 수는 줄어드는 추세이다.¹³⁾

12) 정현진 등, 「유럽의 일차의료 현황 및 주치의 제도 개혁」, 국민건강보험공단, 2007.

(3) 주치의에 대한 지불보상방식

영국에서 주치에 대한 지불보상방식은 등록 환자 1인당 연간 일정액을 제공하는 인두제(capitation)를 기본으로 다른 추가적 요소들, 다시 말해 진료수당(allowances), 건강증진료(health promotion payments), 특정서비스에 대한 추가적인 보수(item of service payment) 등이 결합되어 있다.

현재 영국 정부와 가정의 사이에 이루어진 가장 최근의 계약인 ‘新일반의 계약(New General Medical Contract, 2004)’으로 인해 지불보상방식의 변화가 모색되고 있다. 이 계약에 의하면, 주치의에 대한 보상은 인두제에 해당하는 GS(Global Sum), 만성질환자 진료·영유아 예방접종·자궁경부암 검사 등 질적 지표 실적에 근거한 일종의 성과급인 QOF(Quality and Outcome Framework), 지역사회 단위 예방·건강증진 활동에의 참여에 따른 비용을 보상하는 LES(Locally Enhanced Services), 지불보상방식 변화에 따른 손실분을 보전해주는 MPIG(Minimum Practice Income Guarantee)¹⁴⁾로 구성되어 있다.¹⁵⁾ 즉 영국의 지불보상방식은 인두제(GS) + α(QOF+LES+MPIG)라고 할 수 있다

이 방식은 일반적으로 언급되는 기본 지불액(GS)에 바람직한 진료에 대한 추가적인 보상(QOF+LES+MPIG)이 뒤따르는 일종의 목표지불방식(target payment)이라고 볼 수 있는데, 서비스의 질 향상을 위한 경제적 유인을 주기 위해 설

13) OECD Health Data, 2009.

14) MPIG는 지불구성요소 중 과거의 인두제 부분인 Capitation fee(CF)가 Global Sum으로 바뀌면서 발생하는 의원의 수입변화를 보정해주는 역할을 한다. 2004년 이전의 CF는 단순히 등록환자의 인구학적 모형만을 고려하였으나 Global Sum에서 Carr-Hill Formula라는 할당공식을 통해 인구학적 구성 뿐 아니라 등록환자 중 영양원 이용환자의 분포, 등록명부 주기, 취약계층, 인건비 등 시장요소와 지역적 요소를 모두 고려함으로써 이전과 차이를 불러오는데 이를 일부 보정해주는 것이다(British Medical Association <http://www.bma.org.uk/>).

15) Smith P, York N. Quality Incentives: The Case of U. K. General Practitioners, 2004.

계된 것이다. 다시 말해, 지불보상방식이 이전의 ‘비용플러스 원칙(서비스 제공비용에 순수익을 추가로 지급하는 원칙)’으로부터 탈피하여 서비스의 질적 수준에 지불보상액을 직접 연계시키는 방향으로 전환된 것이다.

다. 문제점 및 개혁동향

이러한 지불보상방식의 변화는 영국 주치의 제도가 추구하는 변화의 방향과 맥락을 같이 한다. 최근 영국 보건의료정책은 1차의료 강화에 많은 주안점을 두고 있으며, 그 강화의 방향은 경쟁보다는 협력과 조화에 따른 형평, 그리고 이를 뒷받침하기 위한 서비스의 질적 수준을 향상시키는 것이다.

영국식 주치의 제도의 공헌을 부정할 수는 없지만 여전히 문제가 되는 것은 서비스 제공에 있어서 긴 대기시간이다. 이를 해결하기 위해 영국 정부는 2000년대 중반부터 의사인력과 간호사 인력을 충원하고, 주치의의 정점으로 한 1차의료의 통합화와 1차의료서비스의 질적 수준 강화를 위해 국립 임상 질관리 연구소(National Institute for Clinical Excellence: NICE), 건강증진연구소(The Commission for Health Improvement: CHI), 보건의료 회계 및 감사위원회(Commission for Healthcare Audit and Inspection: CHAI) 등을 설립하여 건강증진과 질병예방에 필요한 전국적인 진료지침을 개발하고 의료기술에 대한 객관적인 평가를 실시하고 있다.

2. 시장기반형 방식: 미국

가. 1차의료 상황

미국의 1차의료서비스 제공은 매우 복잡하여 가정의의 진료형태 및 지불보상방식은 어떤 보험플랜과 계약했는가에 따라 다르고, 한명의 의사가 여러

보험사와 동시에 계약하면서 공보험 환자와 민간보험 환자를 동시에 진료할 수도 있다. 더구나 유럽 국가들과 달리 개원의가 병원진료도 제공하므로 1차, 2차, 3차 의료가 명확히 구분되어 있지도 않다.

2007년 기준 인구 1천명당 활동의사 수는 2.43명이며, 이 중 전문의가 60% 이상을 차지한다. 가정의는 대다수가 일반의이고 일부 전문의 자격을 갖춘 사람도 있는데(2007년 기준 가정의의 17.5%가 전문의 자격을 가지고 있음), 일반의 기준으로 볼 때 인구 1천명당 일반의 수는 1.0명이다.¹⁶⁾

미국은 우리나라와 같이 의료전달체계 자체가 전문의, 즉 3차진료 중심으로 짜여 있으므로 가정의의 지위와 업무만족도가 낮은 편인데, 이를 시정하는 차원에서 관리의료제도의 일 형태인 HMO(Health Maintenance Organization)¹⁷⁾가 급증하는 진료비의 효율적 관리를 목적으로 주치의 제도를 도입하였다.

나. 주치의 제도 현황

(1) 주치의 자격 및 등록 절차

미국에서 일반의는 물론 가정의학, 일반 내과, 일반 소아과 전문의 뿐만 아니라 산부인과 전공의도 주치의가 될 수 있다. 주치의들은 전통적으로 입원 서비스를 제공하고, 가정방문은 거의 하지 않고, 대부분 민간개원을 하고 약 1/3은 단독으로 개원을 한다. 대부분 1차의료 주치의는 민간과 공공의 보험환자들 모두를 본다.¹⁸⁾

미국에서 주치의가 되려면 별도의 과정이 있는 것이 아니라 의사면허 획득

16) OECD Health Data, 2009.

17) HMO는 민간 차원에서 보험자와 의료제공자의 역할, 두 가지를 함께 수행하는 미국의 관리의료제도의 대표적인 형태이다.

18) Bindman AB, Majeed A. primary care in the United States: organization of primary care in the United States. BMJ, No. 326, 2003.

득을 위한 학부과정(Baccalaureate Degree)과 4년 간의 의학대학원(Doctor of Medicine or Doctor of Osteopathic Medicine degree) 과정을 기본적으로 이수해야 한다. 가정의학을 전공할 의사는 추가로 3년 간의 레지던트 과정을 마쳐야 전문의 자격이 인증된다. 가정의학 전문의 자격을 유지하기 위해서는 매 6년에 서면시험을 봐야 하고 10년 안에 300시간의 의학교육을 받아야 한다.¹⁹⁾

주치의 등록과 관련하여 HMO 가입자는 보험사와 계약관계에 있는 가정의 등 주치의 자격의 중 한 명을 주치의로 등록해야 하며 주치의를 통해 모든 진료를 받아야 한다. 전문의 진료가 필요한 경우, 주치의 의뢰에 따라 HMO와 계약관계에 있는 전문의 혹은 병원에서 진료를 받을 수 있다.

(2) 주치의 역할 및 제공서비스

이렇게 미국의 문지기 시스템은 예외조항을 인정함에도 불구하고 실제 추가비용을 내고 전문의를 찾아가는 비율이 전체 의료이용에 5.1%에 지나지 않기 때문에 문지기 시스템이 일단 제 기능을 한 것으로 보인다.²⁰⁾

그러나 영국이나 미국이나 환자가 방문했을 때 전문의에게 의뢰할 확률은 영국 4.7%, 미국 5.1%로 거의 비슷하다 하더라도, 미국 주치의들은 전문의 의뢰건 1/3정도를 의사가 환자를 직접 만나지 않고 전화상담을 통해 결정하거나 혹은 의원 내 의사 이외의 다른 인력에 의해 결정되도록 하고 있다.²¹⁾ 이는 문지기 기능이 부적절하게 활용되고 있음을 의미한다. 물론 새롭게 문지기 시스템에 들어온 환자는 문지기가 없는 시스템에 들어온 사람에 비해 전문의 이

19) Bindman 등, 앞의 논문.

20) Ferris TG, Perrin J, Manganello JA, Chang Y, Causino N, Blumenthal D, Switching to gatekeeping: changes in expenditures and utilization for children, Pediatrics No. 108, 2001.

21) Forrest CB, Nutting P, Starfield B, S von Schrader, Family physicians' referral decisions: results from the ASPN referral study. J Fam Pract. No. 22, 2002.

용확률이 낮다고 하지만, 영국에 비해 상대적으로 시스템이 원활히 작동되지 않아 주치의 이용이 쉽지 않을 수 있음을 보여준다.²²⁾

엄격하지는 않지만 나름대로 문지기 기능을 수행하고 있는 미국의 주치의들은 급성과 만성질환의 진단 및 치료서비스, 투약, 건강검진과 예방접종 등 건강증진과 질병예방서비스, 상담, 생활습관 등과 같은 환자교육서비스를 제공한다. 혈액검사나 심전도, X-ray 등의 다른 검사결과를 해석하기도 하나 더 복잡하고 시간과 노력이 필요한 진단과정은 전문의에게 의뢰한다.²³⁾

이러한 특징은 오랫동안 굳어진 미국의 의료이용 문화, 자유로운 전문의 진료와 상대적으로 풍부한 전문의 서비스 공급으로 설명될 수 있다.

(3) 주치의에 대한 지불보상방식

미국은 진료비 지불보상시스템의 다양성으로 인해 주치의에 대한 지불방식을 한 마디로 설명하기 어렵다. 인두제 방식을 사용하는 환자가 35.5%로 가장 많고, Medicare(65세 이상 노인층 대상 공적보험) 22.1%, Medicaid(저소득층 대상 공적의료보험) 12.6%, 다른 민간의료보험이 21.5%, 무보험자가 8.9%이다.²⁴⁾

행위별수가제는 과다 제공을 유도한다는 점에서, 인두제는 과소 진료나 고위험군의 기피를 유도한다는 점에서 문제점을 가지고 있다. 따라서 여러 지불방식을 통합하여 장점을 최대화하고 단점을 최소화하고자 하는 시도가 있었으며, 최근에 인두제를 기본으로 하되 환자의 특성에 따른 차이를 보정하고 제공된 서비스에 기반한 추가 지불액(premium payment)을 주는 혼합방식이 제

22) Forrest 등, 앞의 논문.

23) 감 신, “만성질환 관리와 주치의제도”, 제41회 한국보건행정학회 후기학술대회 발표자료, 2008.

24) Ferris 등, 앞의 논문.

시되었다. 특정한 정책적 목표를 달성하는 것과 관련된 인센티브 지불액이 뒤따르고 있다.

주치의 제도를 도입한 HMO를 기준으로 살펴볼 때, 2005년 기준 가정의 58%는 보상방식 속에 인두제 요소를 포함하고 있고, 80%는 보상 방식 속에 행위별 진료비 방식을 포함하고 있다.²⁵⁾

다. 문제점 및 개혁동향

HMO의 주치의 제도 도입은 미국 내에서 많은 관심을 모았으나 미국은 전통적으로 전문의 진료를 자유롭게 받던 문화에 익숙하기 때문에 새로운 제도가 대중에게 쉽게 수용되지 않았다. 이에 따라 민간보험자는 HMO의 큰 틀을 유지하면서 여러 가지 변형을 개발하였고, 이 중 하나인 POS(Point of Service)에서는 주치의 제도를 유지하되 추가부담을 하는 경우 전문의에게 직접 진료를 받는 것을 허용하였으나 추가비용 부담자는 5%에 지나지 않아 문지기로서의 의료이용 절감효과는 없었다고 한다.²⁶⁾

HMO와 POS가 점차 감소함에 따라 생겨난 또 다른 관리의료제도인 PPO(Preferred Provider Organization)는 주치의 제도 자체를 포함하지 않았으며 문지기 역할을 활성화하기 위한 새로운 모델(Hospitalist와 질병관리프로그램)을 개발하였다. 하지만 Hospitalist는 외래 환자가 병원 입원 시에 입원서비스를 전담하는 의사로 실제 주치의와는 무관하고, 질병관리프로그램은 주로 노인들에 대해 천식, 당뇨, 울혈성 심부전증 등의 질환을 중심으로 고안되었지만, 이 프로그램의 적용대상자는 주로 약국, 의원, 병원 등의 진료과정에서 선별됨에 따라 여전히 보험사별로 실험 중에 있다.

25) 이상이·정현진, 앞의 논문.

26) 이상이·정현진, 앞의 논문.

2005년 기준으로 미국 인구의 38%가 문지기 기능을 하는 주치의를 가지고 있지만²⁷⁾, 주치의 제도는 일부 보험자의 보험설계를 기준으로 부분적으로 도입된 것에 불과하지 아직 정착되어 있지 않다.

그러나 미국에서는 서비스의 질관리 활동을 제고하기 위해 인증제도를 발전시키고 진료 표준화를 위한 노력을 기울여 왔다. 1990년에 만들어진 국립서비스질인증위원회(National Committee for Quality Assurance: NCQA)는 기본적으로 민간보험의 활동성과를 평가하고, 그 결과를 제공하는 것을 목표로 하는 인증기구로서 정부와 직접적인 연관이 없이 자발적으로 의료서비스의 질을 향상시키려는 활동을 수행한다.

또한 민간보험자는 의료제공자의 질적 수준에 대한 정보를 수집하거나 이를 계약에 활용하거나 가입자에게 제공함으로써 가입자가 해당 의료제공자를 선택하게 한다. 그리고 질적 수준과 연계한 재정적 보상을 하는데, 즉 경쟁적으로 보너스를 지급함으로써 질적 수준을 향상시키는 동기로 활용하고 있다. 나아가 진단에 따라 의료서비스의 순서와 시점 등을 미리 정해둔 표준화된 진료과정에 기초하여 진료과정에 필요한 의사결정의 준거를 제시하는 임상진료 지침(clinical practice guideline)이 개발되어 실제 적용되기도 한다.

3. 사회보험 방식: 프랑스와 독일

가. 프랑스: 주치의 제도 도입을 통한 의료전달체계 개혁

(1) 1차의료 상황과 주치의 제도 도입

2005년 주치의 제도 도입 이전에 프랑스 1차의료는 주로 개원의에 의해

27) Starfield 등, 앞의 논문.

제공되었는데, 외래서비스 제공주체인 개원의들은 일반의나 전문의이고 이들에 대한 제도적 통제가 부재한 가운데 문지기 시스템도 없었으므로 환자는 누구나 일반의와 전문의를 가리지 않고 선택하여 진료를 받을 수 있었다.

그 당시 프랑스 1차의료의 핵심 문제점은 의료전달체계가 미분화되어 환자와 의사간의 진료에 대한 조정 뿐 아니라 의료공급자 간(즉, 일반의와 전문의 간) 서비스 조정이 이루어지지 않았다는 것이 지적되었다.²⁸⁾

이러한 문제점을 해결하기 위해 1998년 참조의제도(Referring Doctor System)의 실패경험²⁹⁾을 살려 2005년 프랑스 일반의협회와 프랑스 건강보험 간의 협약을 통해 주치의 제도가 1차의료 강화를 통한 서비스 이용의 조정력 증대와 서비스의 질적 수준 강화, 1차의료서비스의 종합화 및 일반화, 전문의와 가정의 간의 전문영역 강화 등을 목적으로 도입·시행되었다.

주치의에게 부과된 의무는 서비스의 지속성 보장, 공공예방프로그램 참여, 진료지침 준수, 환자의 의학기록 관리 등이며, 특히 주치의 제도를 정착시키기 위해 ‘개인의료기록부(dossier medical personnel: DMP)’를 도입하였는데, 개인의료기록부는 서비스 질의 향상을 위한 환자 의료정보의 종합과 갱신, 위탁의 등 다른 치료담당자에 대한 의료정보의 제공 및 공유를 가능하게 한다.

(2) 주치의 자격과 역할 및 운영방식

1차의료 담당자는 주치의(Le médecin traitant), 2차의료 담당자는 위탁의(Le médecin correspondant)로 규정하고 있으며, 이는 곧 의료이용단계를 규정한 것

28) 최기춘, “2005년 프랑스 건강보험 개혁의 구조와 내용: 주치의제도 도입을 중심으로”, 건강보험포럼, 2006년 가을호, 건강보험연구센터, 2006.

29) 참조의제도는 문지기 시스템이 결여된 형태로 도입된 주치의 제도의 전신인데, 국민의 낮은 인식도와 전문의들의 반대에 부딪쳐 단지 10%의 일반의와 1%의 환자만 참여하는 저조한 기록을 남기면서 실패로 돌아갔다(최기춘, 앞의 논문).

이다. 환자는 원하는 주치의에게 등록할 수 있고, 지역사회 단위로 등록가능한 환자범위를 제한하거나 정부가 주치를 선정해주는 등의 조치는 없으며, 건강보험에 알리기만 하면 특별한 제약없이 언제든지 주치를 변경할 수 있다.

프랑스의 주치의 제도는 기본적으로 주치의와 환자 간의 자발적인 계약에 기반하고 있다. 원하지 않는 의사나 환자는 주치의 제도를 따르지 않고 기존 방식을 고수할 수 있으며, 주치의 제도의 참여를 원한다 하더라도 쌍방 간의 동의가 없는 한 환자와 주치의 간의 계약은 성립되지 않는다. 이는 프랑스 제도가 추구하고 있는 환자의 의사선택의 자율성과 의사의 진료의 자율성을 침범하지 않는 것과 관계가 있으며, 기존 시스템에 대한 변형을 최소화하고자 하는 의도도 담겨 있다. 하지만 이것은 모든 국민이 주치를 정해야 하는 다른 국가의 시스템에 비해 상대적으로 덜 엄격한 형태라고 말할 수 있다.

또한 프랑스에서는 주치의 자격에 제한을 두지 않고 있다. 1998년도의 창조제도에서는 주치의 자격을 가정의 중 희망자로 한정하였으나 2005년 제도입된 제도에서는 환자와 의사가 원한다면 전문의도 주치의 역할을 하는 것이 가능하도록 하였다.³⁰⁾

주치의는 문지기 역할을 하지만, 즉 1차의료 담당자인 주치의와 2차의료 담당자인 위탁의료의 의료이용단계를 명확히 구분하고 있음에도 불구하고 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 경로 이탈이 가능하다. 경로를 따르지 않을 경우, 서비스 이용에 대한 본인부담율이 인상되는데, 건강보험이 보상해주는 보상액 비율이 낮아지기 때문이다. 주치의 경로를 따르지 않는 진료에 대해 의사는 환자에게 협약요금 이상의 추가비용을 직접 청구할 수 있으며, 주치의

30) 그러나 2006년 5월 중순까지 실질적으로는 계약이 이루어진 주치의의 99.6%는 가정의였고, 단지 0.4%만이 전문의였다(최기춘, 앞의 논문).

경로 이탈에 따른 본인부담 추가액에 대해 민간보충의료보험이 보상을 해주지 못하도록 하였다.

문지기 시스템을 적용함에 있어서 환자가 주치의 경로를 위반할 시 발생하는 불이익은 오직 환자에게만 발생하며 공급자와 보험자는 오히려 이익을 볼 수 있다. 따라서 이는 문지기 시스템의 엄격성을 약화시키는 요인이 되고 있다. 또한 응급상황, 공휴일, 그리고 몇 가지 특수 전문 진료영역(부인과, 안과, 정신과, 신경과 등)의 경우, 주치의를 우회한 의료접근을 예외로 인정하고 있다.

(3) 제공서비스

주치의는 질병의 예방, 관리, 건강증진 등의 전반적인 환자의 건강을 관리한다. 프랑스에서 주치의는 ① 환자진료의 첫 단계를 담당하는 문지기 기능을 수행하고, ② 필요한 경우 다른 의료서비스와 연계. 연계된 의료서비스의 원활한 제공을 위해 환자 정보, ③ 진료안내(다른 서비스 필요시) ④ 예방서비스 및 건강증진서비스 등을 제공하며, ⑤ 위탁의 등 다른 치료담당자와의 협력하에 만성질환 치료에 대한 치료기록을 작성한다. 이것은 환자의 치료를 위해 위탁의인 전문의가 정기적으로 개입할 필요가 있는 경우, 주치의와 위탁의가 협의하여 치료계획을 수립해야 함을 의미한다. 그 밖에 ⑥ 위탁의 등으로부터의 모든 정보를 종합하여 특정 환자에 대한 개인의료기록부를 작성하고, ⑦ 환자에게 주치의가 작성한 정보를 제공하여 환자의 진료에 필요한 정보의 연속성 보장하는 역할을 담당하고 있다.

(4) 지불보상방식

프랑스에서 외래진료 분야의 주된 지불보상제도는 행위별수가제이고, 의

사협회와 보험자 간의 계약에 의해 협약요금이 결정되는 시스템이며, 주치의 제도를 도입했음에도 불구하고 행위별수가제인 기존 지불보상제도의 변화는 일어나지 않았다(행위별수가제 유지 + 추가보상). 등록환자를 대상으로 인두제의 도입이 가능하겠지만 그것에 대한 고려는 하지 않고 있다.

주치의는 장기질환자에 대한 연간 40유로의 정액보상, 장기질환 특수진료에 대한 6유로 추가보상(연간 1회), 영유아 특수진료에 대해 건당 5유로 추가보상을 받고 있다.³¹⁾ 전문의는 주치의의 의뢰로 진료할 경우 진료건당 수입명목으로 2유로, 진료비 명목으로 27유로, 주치의가 요구한 특수진료에 대해서는 40유로의 추가비용을 받는다.³²⁾

또한 주치의 계약자가 주치의 제도에서 규정한 경로와 무관하게 의료서비스를 이용할 경우, 공식 수가 이외에 추가적인 비용을 환자에게 청구할 수 있도록 하고 있다. 이는 합법적인 의사의 추가수입원이 되지만 추가청구액이 협약진료비의 17.5%를 넘을 수 없도록 규정함으로써 의사의 무분별한 진료비 과다 청구를 억제하였다. 그리고 개별 의사단위로 살펴보았을 때 해당의사의 총수입(총진료비) 중 초과 청구한 진료비 수입 비중이 30% 미만이어야 한다는 규정도 별도로 마련하고 있다.³³⁾

환자에게 부여되는 본인부담의 규칙과 관련하여 우선, 프랑스는 의료이용시 방문당 1유로의 공제액이 기본적으로 있다. 여기에 주치의 의뢰를 거치지 않은 서비스 이용시 진료건당 2~3.4유로 수준의 별금이 가입자에게 부담된다. 이것은 건강보험 급여율을 70%에서 60%로 하향 조정시키는 효과가 있다고 한다.³⁴⁾

31) Com-Ruelle L, Dourgnon P, Paris V, Can physician gatekeeping and patient choice be reconciled in France?: Analysis of recent reform, Eurohealth Vol. 12 No. 1, 2006.

32) Com-Ruelle 등, 앞의 논문

33) Com-Ruelle 등, 앞의 논문.

(5) 도입 효과 및 문제점

프랑스에서 주치의 제도 도입으로 인하여 주치의와 전문의 모두 수입의 변화가 발생하였다고 한다. 2005년 중반 이후 주치의 수입은 약 10% 가량 상승하고 전문의는 수입이 감소하였는데, 감소액이 일인당 연간 4% 수준이고 2006년 3월 서명한 국가협약에 따라 전문의의 수입 감소는 수가조절을 통해 보상하고 있다.³⁵⁾

이렇다면, 프랑스의 주치의 제도는 매우 빠른 속도로 정착되고 있다고 볼 수 있다. 2005년 조사결과에 의하면, 10명중 9명의 환자들이 주치의 제도로 이동할 것을 고려하고 있고, 2006년에는 76.8%의 환자들이 실제로 주치의를 선택하고 있다고 한다.³⁶⁾ 또한, 전체 방문의 80%(주치의를 선택한 사람들 방문 건의 98%)가 주치의 경로를 이용한 것으로 나타나 이 경로를 통한 진료가 보편화되어 가고 있는 것으로 판단된다.

그러나 프랑스 주치의 제도 운영의 일차적 문제점은 현재 전문의들의 진료비 인상요구가 계속되어 이에 대한 합리적인 보상이 필요하다는 것이다. 그리고 또 다른 문제점은 주치의가 작성하는 개인의료기록부의 정보를 어떻게 보안·유지할 것인가와 관련되어 있다.

이와 관련하여 프랑스 정부는 예외적인 상황에 대한 규정³⁷⁾을 제외하고는 원칙적으로 보건카드를 가지고 있는 환자만이 자신의 개인의료기록부를 열람

34) 정현진 등, 앞의 책.

35) 주치의 수입의 증가분과 전문의 수입의 감소분은 건강보험이 부담해야 하는데, 이는 연간 2억 유로 수준이라고 한다(정현진 등, 앞의 책).

36) 정현진 등, 앞의 책.

37) 환자가 의식이 없거나 정신적 한계상황에 처해 있을 경우, 환자 이외에 이런 예외적인 상황에서 개인의 의료기록부를 열수 있는 사람은 의료인과 법 규정에 의해 환자의 주치의 동의 하 공적 건강보험자가 필요한 정보를 복사할 수 있도록 하고, 법규정에서 정해진 한도 내에서 경찰의 접근도 허용하고 있다.

할 권리를 가지며, 보충민간의료보험 계약이나 기타 환자의 건강상태 평가를 요구하는 계약 등을 위한 정보취득 용도로 개인의료기록부에 접근하는 것은 어떠한 경우에도 엄격하게 금지하는 등 분명한 정보관리의 원칙을 세우고 있다. 따라서 프랑스에서 개인의료기록부는 전 국민에 대한 개인별 정보를 구체화하여 진료의 지속성을 달성하고 불필요한 중복진료를 사전에 예방함으로써 진료의 질적 수준을 향상시킬 수 있는 도구로서 이해되고 있다.

나. 독일: 의료의 질관리와 비용통제를 위한 주치의네트워크

(1) 1차의료 상황과 주치의 제도 도입

독일의 의료제공체계는 공공보건서비스와 1차·2차 외래서비스 및 병원서비스가 제도적으로 명확하게 분리되어 있다.³⁸⁾ 1차의료는 독일 전체 취업의사의 43.5%를 차지하는 외래의사 중 가정의(Hausarzte)에 의해 제공되고 있고, 가정의의 비율은 점차 하락하는 추세로 2007년 기준 전체 외래진료의사 중 가정의는 35.0%(인구 1천명당 가정의 수 1.5명)에 불과하다.³⁹⁾

독일은 전체적으로 보건의료 자원 투입이 많으며, 전체적으로 문지기 시스템이 확립되어 있지 않고 행위별수가제를 적용하고 있기 때문에 전문의 기술진료가 외래에서 빈번히 일어난다. 2007년 기준 독일 국민의 1인당 의사의 외래진료 횟수는 연간 7.5회로 미국(3.8회), 영국(5.0회), 네덜란드(5.3회), 캐나다(6.0회), 프랑스(6.6회)보다도 높다(OECD Health Data, 2009).

현재 독일은 프랑스와는 달리 주치의 제도를 전격적으로 도입하지 못하고 여전히 질환대상별로 또는 보험자별로 부분적인 실험수준에 머물고 있다. 독

38) Busse, R. and Riesberg, A., Health Care Systems in Transition, Germany, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004.

39) OECD Health Data, 2009.

일에서 주치의 제도는 급증하는 보건의료비 지출과 이로 인한 보험료율 상승 등을 배경으로 논의되기 시작하였고, 2000년 개혁에서는 재정부담에 상응하지 못하는 의료서비스의 질적 수준 등에 대한 성찰이 시작되면서 더 이상의 지출 증대 없이 보건의료체계를 개혁할 방안을 찾게 되었으며, 이는 주치의 제도 관련 논의의 확산을 본격화하는 방향으로 작용하였다.

이에 따라 2004년에 「법정의료보험현대화법」(Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung: GMG)이 제정됨에 따라 모든 질병금고(독일식 건강보험)는 의무적으로 1개 이상의 주치의 서비스프로그램의 제공을 의무화하였다. 동법에서는 주치의 서비스를 이용할 경우, 환자가 분기당 의사 1인에게 지불해야 하는 본인부담을 면제해줌으로써 주치의 제도가 확산될 수 있도록 경제적 유인을 실질적으로 보장하기에 이르렀다. 질병금고는 주치의에 의한 의료서비스 제공을 보장하기 위하여 수준 높은 주치의와 의료서비스 제공 계약을 별도로 체결할 수 있도록 하였다.⁴⁰⁾

(2) 주치의 제도 시범사업

현재 독일에서는 2,530만 명의 인구를 담당하고 있는 독일 최대의 법정질병금고인 AOK(지역질병금고, Die Gesundheitskasse)가 매우 적극적으로 주치의 제도의 도입에 임하고 있다. Hessen 지역의 경우, 주치의 계약이 AOK 모델에

40) 또한 동법에서 규정된 것은 주치의 제도의 의무화와 더불어 만성질환관리프로그램(Die Hausarztorientierte, Disease Management Program: DMP)의 실행이었다. 만성질환 관리프로그램은 연방정부가 표준화된 관리양식을 제공하고 이를 이행하는 보험자에게 일정 비용을 지불하는 것으로서 질병금고 간 공정 경쟁시스템의 작동을 가능하게 하기 위한 일종의 위험균등화 프로그램이다. 현재 이 프로그램은 당뇨병, 유방암, 심혈관계 질환, 만성폐색성 폐질환, 천식에 대해 적용 중이며, 참여율이 지속적으로 늘고 있으나 높은 행정비용으로 논란이 되고 있다(Herholz H., The German Ambulatory Health Care System. Kassenzarztliche Vereinigung Hassen. 건강보험공단 해외출장보고서. 2006.).

따라 2005년 4월부터 시범사업이 이루어졌고, 주민의 67%가 주치의 제도 참여하여 있는 것으로 확인된다.⁴¹⁾

현재 독일 전역에서 질병금고별로, 그리고 질병금고와 지역의사협회의 계약 상황 및 지역 의료상황에 따라 주치의 도입 모형과 추진의 정도가 다를 것이라고 생각한다. 그러면 주치의 제도의 대표적인 도입모형인 AOK 모델에 대해 살펴보기로 한다.

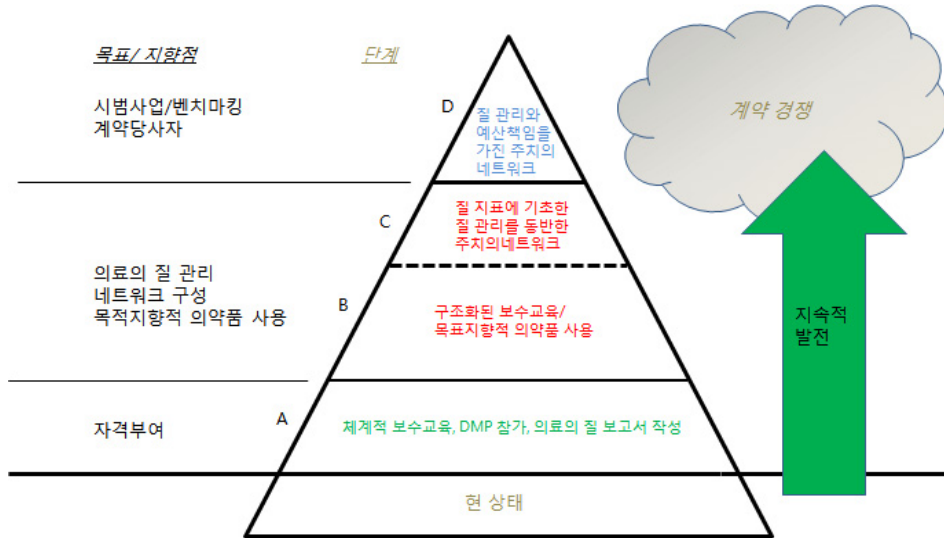
AOK가 실시하는 프로그램은 만성질환 관리, 비용통제 및 질관리가 동시에 추구되는데 다음의 전략적 단계들이 설정된다(AOK <http://www.aok.de/>)

- A단계: 의사의 체계적 보수교육과 만성질환 관리프로그램(DMP) 참여, 의료의 질보고서를 작성할 수 있는 과정을 통해 주치의 자격을 부여함
- B단계: 지역사회 개별 프로젝트 단위로 주치의와 질관리집단(Quality Circle) 계약⁴²⁾을 체결함
- C단계: 의학적·경제학적 타당성에 근거한 진료지침의 준수에 대한 내용을 포함하는 질지표(Quality Indicator)에 기반한 주치의 네트워크를 형성함
- D단계: 주치의와 예산책임계약 체결(정해진 예산범위에서 달성할 목표를 명시하는 계약형태)

41) Stock Herr, AOK-Hausarzt, 건강보험공단 해외출장보고서. 2006.

42) 주치의 서비스 및 1차진료의 합리성 제고와 서비스의 질적 수준 향상에 대한 내용을 담은 계약으로서 주로 비용효과성을 고려한 약 처방에 대한 내용이 핵심이다.

[그림 3] AOK의 주치의 모형 구성요소 및 발전전략



자료: 정현진, “독일의 주치의 제도 도입 논의와 시범사업”, 2007.

[그림 3]에서 보는 바와 같이 AOK 모델로 대표되는 독일 주치의 제도의 가장 큰 특징은 의료의 질관리와 비용통제 프로그램을 동시에 실시하여 이를 위해 단계별 예산책정과 집행책임을 공급자그룹에게 부여한다는 것이다. 의사에 대한 보수교육과 만성질환관리프로그램의 참여 등을 전제로 하는 초기 단계로부터 시작하여 최종적으로는 예산책임 계약단계에 이르는 4단계 발전전략을 구상하고 있으며, 지역별로 진행과정과 일정은 탄력적으로 운영하고 있다. 주치의 제도의 성공적 실현을 위해 지역 내 의료서비스 제공은 물론이고 참여 의사와 보험자 간의 공동의 목표 인식 및 상호신뢰, 그리고 이에 기반한 협력과 조정이 강조된다. 이러한 목적은 보험자와 공급자인 주치의네트워크 간의 계약을 통해 이루어지고, 이를 뒷받침할 수단으로서 주치의 등록과 정보관리 및 교류, 전문 의료인 간의 협조체계가 우선시되고 있다.

(3) 주치의 자격 및 등록체계

독일 전체 의사 중 실제 진료를 하고 있는 취업의사는 다시 외래부문에서 활동하는 외래의사와 입원서비스를 제공하는 병원의로사로 구분할 수 있다. 병원의사는 모두 공공보험환자를 돌보는 공공영역의 의사이고, 외래의사는 대다수가 질병금고와 계약관계에 있는 보험의사이며, 일부 질병금고와 계약하지 않은 민간영역 의사들이 있다. 외래의사 중 보험의사는 다시 가정의와 전문의로로 나뉘는데 주치의 역할은 가정의가 한다. 가정의는 일반의가 주축이 되고, 내과와 소아과 전문의에게는 특별히 가정의를 선택할 권한이 주어져 있다.

AOK가 Hessen 지역에서 실시한 주치의 프로그램에는 공식적인 문지기 시스템을 가지고 있지 않다. 주치의 서비스를 이용하기로 한 사람이라 하더라도 주치의의 거치지 않고 전문의 진료를 받는 것이 가능하기 때문이다. 따라서 독일에서 주치의 프로그램은 정부가 일률적으로 적용하는 것이 아니기 때문에 문지기 시스템의 이행을 강제할 수는 없다. 그러나 2004년 「법정의료보험현대화법」을 통해 주치의 서비스 이용시 일정한 경제적 유인을 제공함으로써 주치의 등록 및 변경이 이루어지는 문지기 시스템이 작동할 수 있도록 하고 있다.

(4) 시범사업의 성과 및 한계

독일의 주치의 제도는 급증하는 보건의료비용을 효율적으로 절감하고자 연방정부 차원에서 실시하는 만성질환 관리프로그램과 더불어 시범사업의 형태로 시행되고 있는데, AOK의 주치의 프로그램은 비용이 절감되는 부분과 비용이 증가하는 부분이 있을 것이며, 비용 증가 부분은 단기적으로 드러나는데 비해 비용절감 부분은 장기적 효과로 나타날 것이라고 본다. 주치의 제도가 일종의 진료절차이고 그 절차가 의료전달체계에 따라 서로 다른 결과를 나타

낼 수 밖에 없다면, AOK 모형의 제도적 효과는 그 체계의 전체적 변화와 맞물릴 수 밖에 없다.

이와 함께 독일식 주치의 제도의 한계 또한 명확하다. 먼저, 독일에서 주치의 제도의 확대·발전을 위해서는 제도의 원칙을 명확히 해야 할 필요가 있는데, 이것은 비단 본인부담금의 조정과 의사당 환자의 배분 등 기술적 차원이 아니라 보험자와 공급자, 가입자가 동일한 목표를 인식하고 이를 위한 협력과 조정에 기꺼이 참여해야 함을 의미한다. 자유로운 의료이용 문화와 의료전문인들의 이해 상충 속에서 단순히 경제적 유인을 설계하는 것만으로는 제도가 유지될 수 없기 때문이다. 즉 응급상황을 제외하고는 주치의 경로를 따라 진료가 이루어져야 할 것이며, 너무 많은 예외의 인정은 제도 본연의 취지를 흐릴 수 있다. 환자 정보를 관리하는 주치의들 간의 효과적인 협력과 조정 모델도 보다 구체화해야 할 것이다.

다음으로, 독일식 건강보험제도, 즉 지역별 질병금고 방식에 맞출 경우 주치의 제도는 의무모델이 아닌 선택모델로 설계되어야 할 것이다. 이 선택모델은 독일의 「사회법전」(SGB V)에 명시된 환자의 의사선택권을 존중하는 것이고, 복잡다단한 독일 질병금고 시스템에서 가입자와 공급자를 중심으로 무리없이 주치의 제도를 운영해 갈 수 있는 방안이 될 것이다.

향후 독일에서 주치의 제도는 그 시행이 소규모 지역으로 머물지 않을 것으로 보여진다. 주치의 제공서비스의 질적 수준이 확보되면서 가정의의 참여 확대를 통해 주치의 제도 적용지역이 광역화될 것이라고 본다.

지금까지 간략하게 4개 국가의 주치의 제도의 운영사례에 대해 살펴보았는데, 이를 세부 주제별로 요약하면 다음의 [표 1]와 같다.

[표 1] 주요국의 주치의 제도 비교

항목 국가	시행시 기	주치의 자격	문지기 엄격성	주치의 1인당 환자수 (명)	지불보 상방식	GDP 대비 보건의료 비 비중	활동의사 중 가정의 비율 (인구천명당 가정의 수)	진료 의뢰율 (방문회수/ 상담회수)	질관리를 위한 활동	문제점 및 향후 과제
영국	1910년 대	가정의 (24시간 서비스 전담기관)	엄격	1,800	인두제+ 성과급	8.4% (2007)	29.4%(0.7명) (2007)	4.7% (연 1만회) (2005)	-진료지침 개발/ 의료기술 평가 -의료의질과 성과 평가 및 공개	-진료대기기간낮은 반응성 -질적 수준 강화, 통합화 추구
미국	1990년 대	가정의 & 내과 소아과 전문의	예외 인정	-	인두제	16.0% (2007)	40.4%(1.0명) (2007)	4.1% (2005)	-인증제도 -비용 효과성 강 조 -진료 표준화/임 상경로	-전문의 의뢰건 1/3정도가 부적절 -문지기 시스템의 의뢰이 용문화가 수용되지 않음 -서비스의 질관리 활동 제 고: 임상진료지침 개발
프랑스	2005년~	가정의, 전문의	예외 인정	-	행위별 수가제	11.0% (2007)	48.7%(1.6명) (2007)	5.3% (2007)	-환자전자의료기 록부 도입 예정	-급속한 제도 정착 -전문의들의 수입 감소에 대 한 합리적 보상방안 마련
독일	2005년~ (부분적)	가정의 & 내과 소아과 전문의	예외 인정	-	행위별 수가제	10.4% (2007)	35.0%(1.5명) (2007)	4.5% (2007)	-의료의질 보고서 작성 -질관리 지표 생산 및 성취를 위한 네트워크 구성	-전문의 영향력이 강했 던 체계 개편 -부분적,선별적 선택모형 으로 성공사례를 통한 광역화 필요

주: 통계수치는 2005년, 2007년 기준
자료: OECD Health Data, 2007, 2009 등 각종 자료 재구성

IV. 주치의 제도의 도입가능성 및 검토사항

1. 주치의 제도 도입의 시도 및 가능성 진단

가. 도입 시도 연혁 및 실패 원인

우리나라에서 주치의 제도는 이미 1990년대 대한가정의학회가 중심이 되어 정책적으로 제안되기 시작하였으며, 1996년과 1999년 각각 ‘가족주치의제도’와 ‘단골의사제도’의 형태로 시도되었으나 시범사업조차 제대로 시행되지 못했다. 그 제도를 시행하기 위한 시도의 연혁을 보면 다음과 같다.

1993년 대한가정의학회, 가족등록수가 항목 신설 건의
1994년 보건복지부, 의료보험 진료수가 기준에 가족등록 수가 규정 삽입
1995년 보건복지부, ‘가족주치의제도’ 실시 발표
1996년 보건복지부, 가족등록제 시범사업 실시 무산
1997년 새정치국민회의, 대통령선거 공약으로 채택
1998년 새정치국민회의, 보건의료 정책과제로 채택
1999년 가정의학회·개원의협의회, ‘단골의사제도’ 시범사업단 발족
2006년 기획예산처 건강향상지원단, ‘2006-2010 보건의료 분야 국가재정운용계획(안)’에 ‘건강향상 주치의(family doctor)’ 제도 도입 명시
2008년 11월 한국보건행정학회, 주치의 제도 도입 관련 학술대회 개최
2008년 12월 건강세상네트워크 등 시민단체들, 주치의제도를 4대 보건의료 정책과제로 채택

그러나 이러한 주치의 제도 도입 시도는 국민들의 무관심 속에서 의료계의 집단적 반발로 인해 무산되었다. 대한의사협회는 주치의 제도에 대한 반대 의사를 표명하면서 그 이유로 다음의 사항들을 거론한 적이 있다⁴³⁾

첫째, 의료서비스 제공이 국가적 차원에서 수행되는 NHS 국가들(영국 등)과는 달리 우리나라는 민간의료가 근간을 이루고 있으므로 우리의 보건의료체계에 맞지 않는다. 보건의료서비스 제공의 ‘사회화’를 전제로 하는 국가의 제도인 주치의 제도를 도입할 경우, 보건의료체계의 근간이 파괴될 위험이 있다.

둘째, 주치의 제도는 의료전달체계가 확립된 이후에나 가능한 것이고 현재와 같이 의료전달체계가 부실한 상황에서 제도 도입을 강행한다면 국민의 의료이용에 불편만 초래할 것이다. 의료비 부담을 가중시켜 의료기관에 대한 불신만을 조장할 위험이 있다는 것이다.

셋째, 의료인력 및 의료기관 분포가 전국적으로 불균형을 이루고 있고, 현재(2009년 기준) 개원의의 83.8%가 전문의이므로 주치의 제도의 시행에 어려움이 있다. 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 것이다.

넷째, 의료기관 간의 등록환자 유치 경쟁으로 진료의 질서를 파괴할 우려가 있어 오히려 1차진료를 약화시킬 우려가 있다. 다시 말해, 예방서비스 등의 주치의서비스는 의원급 의료기관의 인적 구성 등을 고려할 때 감당하기 어려워 이에 대해 국민들의 불만을 가중시킬 위험이 있다.

다섯째, 주치의 제도가 도입됨에 따라 나타날 수밖에 없는 주치의와 비주치의 진료 사이 본인부담금 차등화는 환자의 불만 야기할 소지가 있다. 더불어 환자의 의사선택권내지 의사의 진료권 자체를 훼손시킬 우려가 있다.

이러한 주장은 주치의 제도가 그 유용성과 별개로 우리의 보건의료체계에 부합되지 않을 뿐만 아니라 제도 도입의 ‘조건’도 성숙되지 않았다는 것이다.

43) 대한의사협회, 내부 자료, 1995, 1996, 2007, 2008.

나. 도입 가능성 진단

현재 주치의 제도의 유용성은 인정되는 분위기이지만 현실적 도입 가능성에 대한 다양한 이견들이 제시될 것으로 생각한다.

지금까지 주치의 제도의 도입을 둘러싼 각 이해당사자들(정부 당국, 의료계, 병원계, 보험계, 시민단체 등의 Stakeholders)의 정책적 입장이 확고히 정립된 것은 아니지만, 지난 1990년대의 시범사업의 경험과 외국 사례에 대한 분석을 통해 재구성해보면 다음의 [표 2]와 같다고 생각한다.

[표 2] 주치의 제도에 대한 찬성과 반대

		찬성	반대
		근본 취지에 대해서는 모두 찬성	
정책가치		의료전달체계 개선, 서비스의 중복과 낭비 감소, 의료의 질 제고	의료전달체계가 확고히 구축되어야 제도 도입 가능 민간공급자 위주의 국가에서는 부적합
정책기조		합리적인 의료이용, 의료비 절감	자유로운 소비자의 선택권, 고급 첨단의료의 성장 저해
정책 목표	1차의료 강화	1차의료의 강화 계기	의원의 빈익부 부익부 초래
	민간의료 활용	민간의료의 공공성 강화 계기	영리의료법인의 현실화 계기
	의료비 절감	중장기적으로 절감 예상	환자의 단기적 경제부담 증대
	지불제도 개편	개편 불가피, 인두제 도입	행위별수가제 유지
	기타	환자의 의료기관 쇼핑 감소	등록여부에 의한 본인부담금 감면 또는 차등은 환자의 불만요인

주치의 제도 도입에 대한 의료공급자들의 부정적 견해와는 달리 주치의 제도는 고령사회를 대비하여 1차의료 강화의 필요성이 대두됨에 따라 도입 가능성이 높아질 것으로 여겨진다. 그 이유인 즉, 주치의 제도 도입의 ‘조건’이 마련되어 있지 않다는 대한의사협회의 평가와는 반대로 주치의 제도 도입·시행을 위한 인프라는 비교적 안정적으로 확보되어 있기 때문이다.

우선, 프랑스의 개인의료기록부 관리와 유사하게 현재 우리나라에는 등록 환자의 관리 또는 건강영향평가 업무를 지원할 수 있는 소프트웨어 개발 등 제반 관리업무를 담당할 수 있는 공적 조직이 존재한다. 건강보험심사평가원이 이 업무를 담당하여 등록 환자를 위한 건강교육 자료, 진료지침 등을 개발하고, 이를 주치의들에게 배포할 수 있는 체계를 구축할 수 있을 것이다. 더불어 심평원은 새롭게 대두되고 있는 국민들의 예방 또는 건강증진 욕구를 다방면에서 포용할 수 있도록 주치의 인력을 지원하는 전문 인력(예를 들면, 방문 간호사 인력)도 양성할 수 있을 것이다.

다음으로, 주치의 제도의 도입으로 인한 추가적인 비용 상승을 건강보험의 재정기전이 뒷받침할 수 있을 것이므로 주치의 서비스에 대한 합리적인 수가산정과 의료공급자에 대한 현실적 지불보상체계가 마련될 수 있을 것이다. 이는 의료공급자를 주치의 제도로 적극적으로 유인하는 동기를 제공하리라고 생각한다.

이러한 주치의 제도 도입의 인프라뿐만 아니라 1990년대 주치의 제도에 대한 무관심을 넘어 급속한 고령화에 따른 국민들의 예방 및 건강증진 서비스에 대한 욕구는 자연스럽게 주치의 제도에 대한 지대한 관심으로 이어질 것으로 보여 진다. 실제로 주치의 제도의 필요성과 내용에 대한 인식도 조사⁴⁴⁾에

44) 이 조사는 2004년 1월 7일에서 4월 8일까지 전국 16개 지역거주 민간의료보험 가입을 신청한 20세 이상의 성인 865명을 대상으로 주치의 제도에 대한 호감도, 주치의 필요성과 역할, 그리고 주치의 서비스 항목 등에 대해 직접 면접을 통해 이루어졌다(봉승원 등, “주치의제도의 필요성과 내용에 대한 인식도 조

서 “주치의가 필요하다”라는 응답이 전체 응답자들 중 77.0%에 달했고, 연령이 높을수록 주치의 제도의 도입이 필요하다는 응답은 증가하였다.

2. 주치의 제도 도입의 기본 방향

향후 주치의 제도의 도입과 관련하여 긍·부정적 논의가 진행되겠지만, 다음과 같은 방향에서 도입이 추진되어야 그 도입 가능성을 제고할 수 있으리라 본다

가. 1차의료 중심: 2, 3차의료 상호발전

주치의 제도의 시행에 있어서 2차·3차 기관의 참여를 제도적으로 금지하여 1차의료 중심으로 실시하도록 할 필요가 있다. 현재 우리나라 1차의료 부문의 ‘기능실패’는 2, 3차 병원이 그 고유 기능을 수행하지 못하는 ‘동반 기능실패’로 이어지고 있기 때문이다.

하지만 주치의 제도가 시행될 경우, 2, 3차 병원의 외래 기능은 약화될 수 있는데, 2, 3차 부문에 대해서는 중증 환자에 대한 적정 보상을 받도록 수가를 합리적으로 조정할 필요가 있다.

나. 선택적 참여로부터 단계적 확산으로

현행 보건의료체계의 여건을 고려하여 참여 대상 및 지불보상방식을 단계적으로 발전시켜 나가야 할 것이다.

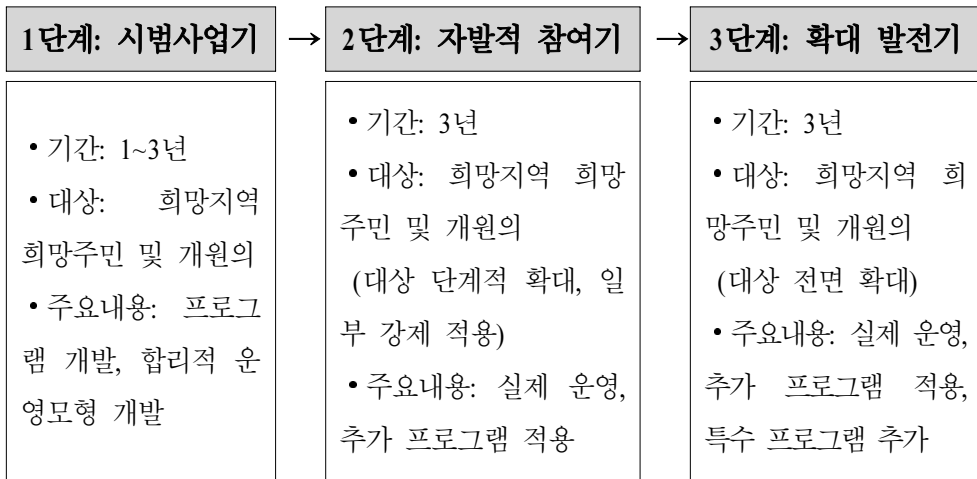
1단계에는 시범사업을 통해 프로그램과 합리적 운영모형을 개발하고, 2단

사”, 가정의학회지, 제27권 제4호, 2006).

계에서는 만성질환 노인들을 중심으로 서비스 대상을 단계적으로 확대하며, 3 단계에서는 대상의 확대뿐만 아니라 특수 집단 및 프로그램(희귀·난치성 환자 관련 등)까지 주치의 제도에 포함시키는 방식으로 진행해야 할 것이다([그림 4] 참조).

이러한 단계적 도입방안을 통해 선택적 참여모형(프랑스·독일)에서 의무적 강제모형(영국)으로 제도의 발전경로를 모색할 수 있을 것이다.

[그림 4] 주치의제도의 단계적 도입방안



자료: 신영전, “전국민 주치의제도의 새로운 접근”, 2006.

3. 주치의 제도 도입시 검토사항

주치의 제도 도입시 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.

가. 제도참여 방식

기본적으로 의료공급자와 국민 모두 강제보다는 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 수도 있을 것이다([표 3] 참조)

[표 3] 주치의 제도 참여방식

단계 대상자	1단계	2단계	3단계
당연 적용대상자		[대상집단 1] -65세 이상의 노인(건강보험) -65세 이상의 의료급여 대상자 -18세 미만의 의료급여 대상자 -심신장애를 가진 의료급여 대상자 -소년·소녀 가장 등	[대상집단 3] -모든 의료급여 대상자 -건강보험 대상자
자발적 참여대상자	[대상집단 1] -의료급여 대상자 중 희망자 -건강보험 대상자 중 희망자	[대상집단 3] [대상집단 2] 제외한 -의료급여 대상자 중 희망자 -건강보험 대상자 중 희망자	

자료: 신영전(2006), 최용준(2008) 재구성

이는 민간의료서비스 제공이 근간을 이루고 있는 우리의 보건의료의 현실 때문에 주치의 제도를 도입할 수 없다는 우려를 불식시킬 수 있다고 보여진다. 단순히 NHS 하에서 수행되는 보건의료서비스 제공의 ‘사회화’를 목적으로 주치의 제도가 도입되는 것이 아니라 맞춤형 서비스를 제공을 시작으로 하여 보편적 서비스 제공을 지향하는 것이기 때문이다.

나. 주치의 자격

주치의 대상 진료과목의 범위로 두 방안이 검토할 수 있다([표 4] 참조).

첫째, 영국과 같이 주치의 자격규정이 매우 엄격한 축소형 방안을 고려할 수 있다. 시행 초기 진료과목의 제한없이 원하는 의사들은 누구나 일정 기간의 주치의 교육을 이수하면 주치의로 활동할 수 있도록 하되, 일정 시간 경과 후 주치의를 담당할 수 있는 진료과목에 제한을 두는 것이다.

이렇게 할 경우, 주치의의 자격범위가 일부 진료과(가정의학과 등)에 제한되어 타과 개원 전문의가 타격을 받아 의료계의 ‘빈익빈’ ‘부익부’ 현상을 초래할 수 있다는 우려를 일정 부분 해소할 수 있으리라고 생각한다.

둘째, 미국, 독일 및 프랑스와 같이 주치의 자격규정이 다소 느슨한 확대형 방안을 고려할 수 있다. 포괄적인 주치의 서비스를 제공할 수 있는 일부 진료과목(일반의, 가정의, 내과의, 소아과) 개원의에게 주치의 자격을 확대 부여하는 것이다.

그렇다면 현재 개원의의 대다수가 전문의이므로 주치의 제도의 시행이 어렵다는 주장은 설득력을 잃어 버릴 것이다. 또한 전문의들이 우려하듯이 개원의들 간의 등록환자 유치 경쟁으로 1차진료의 질서가 파괴되기 보다는 민간 차원에서 주치의 제도를 운영·관리하는 개원의들이 네트워크화되어 통합적 형태로 서비스를 제공할 가능성이 더 높다.

[표 4] 주치의 자격규정

단계 방안	1단계	2단계
축소형	-전체 개원의 중 일정기간 주치의 교육을 이수한 자 -보건소 관리의사 포함	-일반의, 가정의, 내과의, 소아과의 중 일정기간 주치의 교육을 이수한 자 -정신과(정신질환자 중심), 치과의사(구강부문에 국한)
확대형	-개업한 가정의, 일반의, 내과의, 소아과의 중 일정기간 주치의 교육을 이수한 자 -보건소 관리의사 포함	-전체 개원의 중 일정기간 주치의 교육을 이수한 자 -보건소 관리의사 포함

자료: 신영전(2006), 윤종률(2008), 최용준(2008), 이상이(2008), 감 신(2008) 재구성

다. 등록 및 전달체계: 등록단위(개인 vs 가족), 본인부담금(확대 vs 할인)

주치의 등록의 단위는 개인으로 하되, 1년을 기준으로 주치의를 자율적으로 선택할 수 있는 방안을 검토할 수 있다. 주치의는 개인별 주치의를 원칙으로 하되, 가정단위 등록을 권장하고 이 경우 등록 가족에게 혜택을 주어 장려하도록 하는 것이다. 등록기간이 만료되기 전에 타당한 사유 없이 주치의를 변경하는 경우, 등록비를 재부담하도록 하고, 이사, 이직, 전근을 사유로 주치의를 변경하는 경우에는 등록비 부담없이 새로운 주치의에게 등록할 수 있도록 해야 할 것이다.

주치의 1인당 등록자 수의 규모에 상한선(1인당 3,000명)을 두어 등록환자에 대한 질 높은 서비스를 제공하고, 개원의 간의 환자유치 경쟁을 억제할 필요가 있다. 중증 환자의 경우, 등록환자 수의 규모를 줄이도록 하며 이는 관리료 수준과 연계하여 보상하도록 하는 방안도 있다. 주치의는 기본적으로 등록환자에 대해 진료의 조정 및 의뢰 서비스를 담당하는 문지기 또는 건강길라잡이

역할을 하도록 해야 할 것이다. 타 의료기관 및 상위 의료기관 방문시 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 의뢰시 본인부담금의 10%를 할인하는 독일식 방안도 고려할 수도 있을 것이다.

라. 제공서비스

주치의 제공서비스의 내용으로 주치의가 필수적으로 제공해야 하는 서비스와 선택가능한 서비스를 구분하여 제공하는 것이 바람직하다([표 5] 참조).

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 전화상담서비스, 방문진료서비스, 입원환자 지속적 관리 등의 제공여부를 선택할 수 있도록 한다. 이는 프랑스의 주치의가 제공하는 서비스와 유사하다.

[표 5] 주치의 제공서비스

구분	서비스 내용
필수 서비스	-건강위험평가(단계적 보험급여) -중점관리 질환서비스(보험급여) -건강교육(단계적 보험급여) -주간전화상담(보험급여) -진료의뢰 서비스(단계적 보험급여) -필수에방접종(보험급여)
선택 서비스	-야간전화상담서비스(보험급여, 유료서비스 등 활용) -선별예방접종(본인부담) -건강검진서비스(정기검진: 단계적 보험급여, 선별검진: 보험급여) -방문진료서비스(단계적 보험급여) -입원환자 지속적 관리(단계적 보험급여)

자료: 신영전(2008), 최용준(2008), 전철수(1999) 재구성

마. 지불보상방식

먼저, 1단계로 연간 등록 관리료와 행위별수가를 혼용·적용하고, 2단계로 인두제 방식을 적용하는 방식(프랑스식)을 고려할 수 있다. 하지만 1단계에 그칠 경우, 지불보상부문의 개혁이라기보다는 제한적인 전달체계의 개편에 그치게 되어 그만큼 정책효과도 적을 것으로 생각된다.

연간 등록 관리료와 행위별수가의 혼합방식은 인두제 방식의 시행 전단계로 우선 등록환자에 대한 일정액의 연간 관리료를 지급하는 방식이다. 관리료는 등록환자의 건강상태에 따라 그 수준을 달리 할 수 있다. 예를 들어, 65세 이상과 미만의 연령으로 구분하여 등록 관리료 차등화하거나 고혈압, 당뇨, 간염, 결핵, 산전진찰, 암, 정신분열증 등의 지속적인 서비스를 받아야 하는 환자들이나 위험요인을 가진 대상자의 경우 중증도를 고려하여 기본 등록료의 10%를 관리료로 부과하는 지급방식을 고려할 수 있다. 이 때 관리료를 제외하고는 현행 행위별수가제를 그대로 적용하는 것을 원칙으로 할 필요가 있다.

이는 사례별 행위별수가제를 유지하는 프랑스 방식의 지불보상제도를 참고한 것이지만, 프랑스와 달리 등록환자를 대상으로 인두제를 도입하는 것도 역시 가능하다.

[표 6] 연간 관리료를 통한 주치의 제도 인센티브

	주치의	등록주민, 환자
인센티브	-관리료 -일정한 수의 주민을 붙잡아 두고 진료의 지속성을 유지할 수 있음 -2차, 3차 병원에 대한 교섭력을 가짐	-주치의 상담서비스 -주치의로부터 예방적 서비스 -타 기관의뢰와 복귀시 도움

<계속>

	주치의	등록주민, 환자
의무	-등록주민에 대한 상담, 예방 업무를 수행해야 함	-다른 의료기관 이용시 주치의의 동의를 있어야 함 -주치의의 의뢰없이 타 기관 이용시 본인부담금 전액 또는 일부 부담

자료: 신영전(2008), 홍승권(2006) 재구성

다음으로, 전격적으로 인두제를 적용하는 방식(영국식 또는 미국식)을 고려할 수 있다. 인두제 방식은 등록 주민 당 일정액의 진료비를 지급하는 방식이다. 인두제를 도입할 경우, 향후 발생할 의료비용을 예측하는데 있어 위험보정이 필요하며, 영국이나 미국의 경험을 참조로 우리나라 실정에 맞는 방식으로 개발·운영할 필요가 있다. 다음과 같은 두 가지 모형이 일반적이다.

첫째는 사회-인구학적 모형(socio-demographic model)으로 영국을 비롯한 유럽 국가에서 이용하고 있는 연령 또는 성의 변수를 보정하는 방식이다.

둘째는 위계적 조건범주 모형(hierarchical condition category: CMS-HC C)⁴⁵⁾으로 미국 Medicare의 인두제에 등록된 환자들의 인구학적 특성과 건강상태에 기초하여 보건 의료비용을 예측하는 방식이다.

인두제를 실시하는 경우에도 모든 서비스에 대해 인두제 방식이 적용되는 것은 아니다. 다빈도, 경증 질환에 대한 일차수준의 서비스에 대하여 인두제

45) CMS-HCC는 Boston University와 Harvard Medical School의 연구진들에 의해 개발된 질병 위험보정 모형의 하나로서 2004년부터 미국의 Medicare의 인두제에 등록된 입원과 외래환자들의 의료비용을 예측하는데 사용되고 있는 모형이다. 캐나다, 독일, 이스라엘 등의 국가에서도 CMS-HCC 모형이 적용되고 있으며, 호주에서도 이 모형의 일종인 위험보정인두제(risk-adjusted capitation funding mode)가 종래의 포괄수가제(DRG, case-mix funding)를 대체하는 방법으로 대두되고 있다(Antioch KM, Walsh MK. Risk-adjusted caption funding models for chronic disease in Australia: alternatives to casemix funding. Eur J Health Economics, Vol. 3 No. 2, 2002)

방식으로 보상하고, 중증 첨단 전문기술이나 부가적 서비스에 대해서는 행위별수가제를 병행하는 방식이 필요하다.

주치의제도의 도입시 행위별수가제와 인두제, 그리고 인센티브제가 병합된 지불보상방식을 고려하여 총진료비를 구성해 보면 다음과 같다([그림 5]).

[그림 5] 주치의 제도 총진료비 구성

← 총진료비 →			
인두제 적용부문	특별추가지급부문	행위별수가적용부문	인센티브 부문
-기본서비스 -예방, 건강증진 및 재활서비스	-시간 외 수당 -전화상담 -왕진	-선택서비스 -특수 전문서비스	-취약계층, 지역 -양질의 서비스

자료: 신영전, “전국민 주치의제도의 새로운 접근”, 2008.

이렇게 지불보상방식을 다차원적으로 설계하면, 그것은 주치의와 비주치의, 주치의 서비스와 비주치의 서비스 간의 본인부담금 차등화가 환자의 불만을 야기하고, 환자의 의사선택권과 의사의 진료권 자체를 훼손할 수 있다는 주장에 대한 비판적 대안이 될 수 있다.

바. 재원조달방법

연간 관리료 방식으로 주치의 제도를 운영할 경우, 프랑스나 독일과는 달리 건강보험의 재정에 의존하지 않고 [표 5]에서 언급한 제공서비스의 유형별로 재원조달방법을 구상할 수 있다.

필수 서비스는 기본 관리료를 통해 제공하도록 하되, 국민의 적극적인 참

여를 유인하기 위해 연간 등록료에 대한 국민의 본인부담을 30% 정도로 하고, 70%에 해당하는 비용은 정부가 일반회계 및 건강증진기금으로 지급하는 방안을 고려해 볼 수 있다.

이렇게 되면, 주치의 제도는 흔한 질병을 치료하는 것일 뿐만 아니라 건강 교육 및 예방접종 등의 활동을 통해 국민의 건강을 유지하고 증진하기 위한 제도로 자리잡게 될 것이다. 이는 「국민건강증진법」의 기본 취지에도 부합하므로 동법 제22조(기금의 설치 등)에 근거하여 국민건강증진사업에 주치의 제도 관련 사업을 포함시키는 것이 가능하게 될 것이다.

선택서비스의 경우, 연간 기본 관리료 이외 추가 선택 관리료를 통해 서비스를 제공하되, 일부는 정부가 지원하고 나머지는 국민 본인이 부담하도록 할 수 있다.

또한, 건강보험 급여대상에 포함된 만성질환 관리료는 고혈압과 당뇨병 등의 만성질환자를 의원급 요양기관에서 지속적으로 관리하여 증상 악화 및 합병증 유발을 예방하기 위해 제공되는 서비스로서 주치의가 제공하는 포괄적인 서비스와 유사성이 있기 때문에 이와 연계하거나 대체하는 방안도 검토가 가능할 것이다.

[표 7] 관리료의 재원구성

분류	관리료 유형	액수	재원구성	정부재원구성
필수서비스	기본 관리료	1인당 연간 2만원	정부 70% 본인 30%	일반회계 40% 건강증진기금 30%
선택서비스	추가선택 관리료	선택옵션에 따라 증가	정부 1만원 본인 나머지	일반회계 50% 건강증진기금 50%

자료: 신영전(2008), 감 신(2008), 윤중률(2006) 재구성

연간 1인당 2만원을 기본 관리료로 하여 정부부담이 70%, 본인부담 30%로 계산했을 경우, 1단계(100만명) 대상자에 대한 소요금액은 200억원에 달하며, 전국단위로 확대하여 시행하는 3단계(5000만명)의 경우에는 약 1조원의 비용이 소요된다고 한다.⁴⁶⁾ 그러나 재원을 일반회계로 하고 본인부담금을 들 것인지, 전액을 건강보험료(의료급여 제외)로 할 것인지에 대해서는 추가적인 논의가 필요하다.

[표 8] 기본 관리료에 대한 소요비용 추계

단계		1단계	2단계	3단계
대상자		100만명	500만명	5000만명
소요 금액	총액	200억원	1000억원	1조원
	정부부담	140억원	700억원	7000억원
	주민부담	60억원	300억원	3000억원

자료: 신영전(2008), 감 신(2008) 재구성

한편, 인두제 방식을 적용할 때에는 프랑스와 독일과 같이 건강보험료를 주 재원으로 하는 것이 원칙이어야 하고, 인두제 방식의 성패는 얼마나 효과적으로 의료서비스의 질을 유지하는가에 달려 있다고 본다.⁴⁷⁾

46) 신영전, “전국민주치의제도의 새로운 접근”, 가정의학회지, 제27권 제4호 별책, 대한가정의학회, 2006.

47) 이와 관련하여 최근 영국은 서비스의 질관리를 위해 양질의 서비스에 대한 인센티브를 제공하고 있는데, 이것은 우리에게 시사하는 바가 크다. 과거 영국에서 일반의의 주치의 계약시 등록인의 인구학적 요인에 대한 평가가 부족했으며 질에 대한 보상이 없었는데, 2004년 도입된 ‘新일반의 계약제’의 핵심은 1차의료에서 제공하는 서비스의 질을 의사 수입에 반영하는 것이다.

V. 정책제언

결국 고령사회를 대비하여 주치의 제도가 성공적으로 도입되기 위해서는 제도의 핵심 이해당사자인 의료공급자들을 설득하는 차원에서 다음의 구체적인 정책과제들이 실현되어야 할 것이다.

첫째, 주치의 제도의 형식적 측면으로 **의료전달체계 각 수준들 간의 상호 협력을 실현**함으로써 전달체계 자체를 합리적으로 조정해야 할 것이다.

특히 2, 3차 의료기관은 그 동안 불필요하게 확장 운영되었던 부문을 축소하여 인력, 장비, 시설 부문의 원가를 낮추는 효과를 가짐과 동시에 중증 희귀·난치성 질환에 대한 양질의 서비스를 제공할 수 있는 전문적인 체계로 전환할 수 있어야 할 것이다.⁴⁸⁾ 1차 개원의 부문 역시, 그 동안 과도하게 투자되었던 고가 장비 및 시설들을 줄임으로써 경제적으로 절감효과를 얻을 수 있어야 할 것이다. 예방적 활동을 하는 것이 치료적 활동을 하는 것보다 주치의들에게 더 많은 인센티브가 돌아가는 방식의 재정흐름을 만들어 내야 할 것이다. 이를 위해 정부의 규제나 본인부담금의 차등과 같이 의료이용자에게만 불이익을 주는 방식으로는 의료기관들 간의 기능분화를 이루기 어렵고, 의료공급자에게도 기능분화를 위한 동기를 부여하는 방안, 즉 원칙적으로 1차, 2차, 3차 의료기관들이 자기 수준에 적합한 진료를 하는 경우 ‘이익이 남는 보수지불’을, 그렇지 않은 경우 ‘손해보는 보수지불’이 되도록 **의료기관 종별 차등보상제를 고안하는 방안을 개발·시행**하여 각급 의료기관들 스스로 기능을 선택하고 분화할 수 있는 기반을 구축해야 할 것이다.

둘째, 주치의 제도의 내용적 측면으로 서비스의 질과 등록자의 만족도를 높이기 위한 다양한 **‘주치의 서비스프로그램’이 개발·운영**되어야 할 것이다.

48) 이와 더불어 주치의 제도시행으로 인한 2, 3차 의료기관의 외래환자 수 감소를 보상하기 위한 적절한 수가조정이 이루어져야 할 것이다.

최근 전국민을 대상으로 하는 형태와 다른 ‘노인주치의제’, ‘아동주치의제’ 나아가 특정 질환, 특히 ‘만성질환 중심의 주치의 제도’ 등의 부분적 주치의 제도형태를 고려하여 특수 프로그램을 개발할 필요가 있다. 이 프로그램 개발과 실행이라는 정책목표를 달성하는 것과 관련하여 지불보상을 주치의 서비스의 질적 수준과 연계하는 것이 중요하다. 이를 위해 인두제를 기본적인 지불보상방식으로 하되 환자의 특성에 따른 차이를 보정하고 제공된 서비스에 기반한 추가적인 인센티브 지불을 제도화해야 할 것이다.

마지막으로, 주치의 제도의 도입·시행을 강력히 추진할 수 있는 **국가적 지원 및 정부와 민간 사이의 효과적인 거버넌스의 발휘**가 요구된다. 주치의 제도의 시행은 각 이해당사자간의 이해가 효과적으로 조정·타협되는 지난한 정치적 과정을 필요로 할 것이므로 정부의 제도시행 의지, 제도에 대한 국민적 호응, 그리고 1차의료 인력들의 적극적인 참여가 있어야 한다.

먼저, 정부 차원에서 보건복지가족부는 진료비 지급 및 표준지료지침개발 업무를 담당하고, 각 지방자치단체는 주치의를 위한 교육·훈련을 제공하도록 하며, 시·군·구는 각종 보건사업과 주치의 제도를 연계하는 사업을 실시하는 방안을 모색할 수 있다. 그리고 정부는 3~10명의 1차의료 의사들이 공동 개원하는 형태의 **‘주치의협력의원’의 설립을 재정적으로 지원**하고, 또한 「공공의료에 관한 법률」 등 관련 법규를 개정하여 비영리 1차의원(‘의료생협’ 등)의 설립을 지원하는 것도 필요할 것이다.

다음으로, 민간 차원에서 주치의 제도를 운영하는 주체로서 개원의들이 주축이 되어 의료계의 주치의 제도에 대한 수용성을 높이는 방법으로 시·군·구 주치의 연합인 ‘주치의 협의회’를 구성하여 기존의 보건소(보건지소, 보건진료소)와 연계함으로써 그 기능을 보조하는 다양한 형태의 공공-민간 협력형 **‘주치의 네트워크’⁴⁹⁾**를 구축하는 것도 의미가 있다.

49) 1차진료 의사가 예방, 건강증진, 만성질환 관리 등 관련 서비스를 제공할 수 있도록 설계되어 있는 독일의 ‘폴리클리닉(polyclinic)’ 방식의 도입도 고려해 볼 만하다.

참고문헌

- 권순만, 「한국의 의료보장체계 선진화 방안」, 기획재정부·서울대 보건대학원, 2008.
- 감 신, “만성질환 관리와 주치의제도”, 제41회 한국보건행정학회 후기학술대회 발표자료, 2008.
- _____, “제3장 보건의료 공급 구조의 개혁”, 신영전·김창엽 편, 「보건의료 개혁의 새로운 모색」, 한울아카데미, 2006.
- 김철환, “보건의료체계의 효율성과 형평성을 위한 주치의제도 추진방안”, 대한 의사협회 창립 100주년 기념 제32차 종합학술대회 발표자료, 2008.
- 대한의학회, 내부 자료, 1995, 1996, 2007, 2008.
- _____, 「주치의등록제 시범사업 준비 2차 회의 자료(안)」, 보건복지부 의정국, 1996.
- _____, “주치의등록제 시행 반대 성명”, 1995.
- 박종연 등, “우리나라 만성질환 관리를 위한 질환주치의 모형의 타당성 분석”, 보건행정학회지, 제19권 제3호, 2009.
- 봉승원 등, “주치의제도의 필요성과 내용에 대한 인식도 조사”, 가정의학회지, 제27권 제4호, 2006.
- 신영전, “전국민주치의제도의 새로운 접근”, 가정의학회지, 제27권 제4호 별책, 대한가정의학회, 2006.
- 신영전·김창엽, 「보건의료 개혁의 새로운 모색」, 한울아카데미, 2006.
- 은상준, “주치의제도 도입의 필요성”, 제41회 한국보건행정학회 후기학술대회 발표자료, 2008.
- 윤종률, “일차의료 활성화를 위한 노인주치의 제도 도입의 필요성”, 가정의학회지, 제27권 제4호 별책, 2006.
- 이상이, “국민주치의제도 도입을 위한 활동 방향”, 전국민주치의제도 도입을 위한 정책세미나 자료집, 건강세상네트워크, 2008.

- 이상익·정현진, “주요 국가 주치의 제도의 최근 동향”, 가정의학회지, 제28권 제11호, 2007.
- 이재호, “일차보건의료에 관한 Alma-Ata 선언과 의미, 그리고 한국의 일차의료”, 대한의사협회 창립 100주년 기념 제32차 종합학술대회 발표자료, 2008.
- _____, “주치의등록제 정책과정에 대한 성찰”, 제41회 한국보건행정학회 후기학술대회 발표자료, 2008.
- 조홍준 등, “국민은 주치의제도에 대해 어떻게 생각하나”, 가정의학회지, 제23권 제2호, 대한가정의학회, 2002.
- 전철수, “주치의제도 시행 제안”, 가정의학회지, 제20권 제5호, 1999.
- 정현진, “독일의 주치의 제도 도입 논의와 시범사업”, 건강보험포럼, 2007년 봄호, 국민건강보험공단, 2007.
- 정현진 등, 「유럽의 일차의료 현황 및 주치의 제도 개혁」, 국민건강보험공단, 2007.
- 최기춘, “2005년 프랑스 건강보험 개혁의 구조와 내용: 주치의제도 도입을 중심으로”, 건강보험포럼, 2006년 가을호, 건강보험연구센터, 2006.
- 최용준, “국민주치의제도의 의미와 시행방안”, 건강세상을 향한 제2기 보건의료정책강좌 자료집, 시민건강연구소, 2008.
- 홍승권, “한국 일차의료의 활성화를 위한 대안 ‘주치의 네트워크’”, 의료정책포럼, 제4권 제1호, 대한의사협회 의료정책연구소, 2006.
- Antioch KM, Walsh MK. Risk-adjusted capitation funding models for chronic disease in Australia: alternatives to casemix funding. Eur J Health Economics, 3(2): 83-93, 2002.
- Bindman AB, Majeed A. primary care in the United States: organization of primary care in the United States. BMJ, 326: 631-4, 2003.
- Busse, R. and Riesberg, A., Health Care Systems in Transition, Germany, WHO

- Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004.
- Com-Ruelle L, Dourgnon P, Paris V, Can physician gatekeeping and patient choice be reconciled in France?: Analysis of recent reform, *Eurohealth* 12(1): 17-20, 2006.
- Ferris TG, Perrin J, Manganello JA, Chang Y, Causino N, Blumenthal D, Switching to gatekeeping: changes in expenditures and utilization for children, *Pediatrics* 108: 283-90, 2001.
- Forrest CB, Nutting P, Starfield B, S von Schrader, Family physicians' referral decisions: results from the ASPN referral study. *J Fam Pract* 215-22, 2002.
- Forrest CB, Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *BMJ* 326: 692-5, 2003.
- Gérvás J., Fernandez MP, Starfield B., Primary Care, Financing and Gatekeeping in Western Europe. *Family Practice*, 2004.
- Herholz Harald , The German Ambulatory Health Care System. *Kassenärztliche Vereinigung Hassen. 건강보험공단 해외출장보고서.* 2006.
- Lee JH, Choi YJ, Volk RJ, Kim SY, Kim YS, Park HK, Jeon TH, Hong SK, Spann SJ. Defining the concept of primary care in South Korea using a Delphi method. *Fam Med.* 2007. Jun; 39(6): 425-31.
- Smith P, York N. Quality Incentives: The Case of U. K. General Practitioners, 2004.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83(3): 457-502.
- Stock Herr, AOK-Hausarzt, 건강보험공단 해외출장보고서. 2006.

AOK: Die Gesundheitskasse <http://www.aok.de/>

British Medical Association <http://www.bma.org.uk/>

OECD Health Data

현안보고서 발간 일람

호 수	제 목	발간일	집필진
제1호	태안기름누출사건에 따른 국가 위기대응태세점검 및 향후대책	2007.12.18	김종연 최준영
제2호	국제지명표준화 관점에서 바라본 독도표기문제 및 대응방안	2008. 7.31	김종연 최준영
제3호	인터넷 실명제 쟁점	2008. 8.28	김여라
제4호	한·미 방위비 분담의 현황과 쟁점	2008. 8.28	김영일 신종호
제5호	국민연금과 직영연금 간 가입기간 연계제도	2008.10. 6	원시연
제6호	2008 미국 대선의 주요 이슈와 우리나라에 대한 시사점	2008.10. 8	김준 외 7인
제7호	미국의 대북제재현황과 테러지원국 지정 해제의 영향	2008.10.15	이승현
제8호	지방행정체제 개편의 쟁점과 입법부의 과제	2008.10.31	하혜영 외 6인
제9호	오바마시대 개막의 의의와 시사점	2008.11. 6	김준 외 7인
제10호	자전거 이용 활성화를 위한 관련 법률 검토 및 쟁점 분석	2008.12. 8	박준환
제11호	군경력 가산점제 재도입 논의의 쟁점	2008.12.10	조규범
제12호	쇠고기 수입위생조건 국회심의규정의 검토 및 개정방향	2008.12.11	정민정 김남영
제13호	사이버공간에서의 이용자 보호와 인터넷서비스제공자의 역할	2008.12.11	이유주
제14호	인터넷 전화와 번호이동제도의 현황과 발전방향	2008.12.11	박 철
제15호	선진국형 식품안전관리체계 마련 방안	2008.12.12	김준 배민식
제16호	공무원연금제도 개혁논의와 주요 쟁점	2008.12.22	원시연
제17호	주식 공매도 현황 및 개선방안	2008.12.29	박충렬

호 수	제 목	발간일	집필진
제18호	기초보장 급여체계의 개선 : 개별급여 방식을 중심으로	2008.12.30	유해미
제19호	국가대표선수 은퇴 후 진로 강화를 위한 지원체계의 현황 및 발전방향	2009. 1. 7	김신애
제20호	국회 및 주요국 의회의 질서유지제도	2009. 2. 6	전진영
제21호	선상투표제도 도입관련 쟁점 및 시사점	2009. 2.20	김종갑 외 3인
제22호	강제철거에서의 주거권 보호를 위한 입법적 개선방향	2009. 2.23	조규범
제23호	신·재생에너지 의무할당제 도입관련 쟁점분석	2009. 4. 1	유재국
제24호	「교통사고처리특례법」 일부 위헌 판결에 따른 영향분석 및 후속조치 검토	2009. 4. 1	박준환
제25호	정치자금 소액기부의 현황과 활성화 방안	2009. 4.14	조만수
제26호	헌법재판소 변형결정의 기속력에 관한 입법개선방향	2009. 4.16	김선화
제27호	대량살상무기확산방지구상(PSI)의 현황과 쟁점	2009. 5.11	정민정
제28호	영리병원 도입 논의 및 정책과제	2009. 5.15	이만우
제29호	일자리 나누기 정책의 개선과제	2009. 6. 2	정종선
제30호	LED 조명산업의 현황과 지원정책의 개선방향	2009. 6.30	유재국 이상은
제31호	금융채무불이행자 현황 및 지원정책의 개선방향	2009. 7. 9	임동춘 주규준
제32호	존엄사 입법화의 쟁점과 과제	2009. 8.13	이만우 조규범
제33호	온라인상 불법저작물 대책 및 개선방향	2009. 8.21	나채식
제34호	전화금융사기(보이스피싱) 대응책의 현황 및 개선방안	2009. 8.21	이유주
제35호	일본의 정권교체 그 의미와 시사점	2009. 9. 3	이현출

호 수	제 목	발간일	집필진
제36호	북한 황강댐 방류에 대한 국제법적 고찰	2009. 9.22	정민정 김상욱
제37호	미국하원의 발언관련 규범	2009. 9.28	전진영
제38호	법률명 약칭 법제화 방안	2009. 9.28	김남영
제39호	저출산 대응 주요정책의 현황 및 과제	2009.10.15	유해미
제40호	신종플루의 대유행(Pandemic) 및 정책대응	2009.10.16	이만우 허종호
제41호	대규모 소매점에 대한 규제: 쟁점과 대안	2009.10.20	박충렬 정민정
제42호	석면 관련 법제의 개선방안: 현황, 문제점, 해외 사례를 중심으로	2009.10.21	김 준 최준영
제43호	희유(稀有)금속자원 재활용의 문제점과 개선방안	2009.10.27	김경민 신가은
제44호	입학사정관제의 바람직한 운영을 위한 제언 - 미국입학사정관제의 시사점 -	2009.11.10	정환규
제45호	국회 인사청문제도의 현황과 개선방안	2009.11.12	전진영 김선화 이현출
제46호	고령사회 대비 노인요양시설확충사업의 방향성 검토	2009.11.20	원시연
제47호	방송광고판매 경쟁체제 도입과 쟁점	2009.11.27	김여라
제48호	‘7.7 DDoS 사고’ 대응의 문제점과 재발방지 방안	2009.12.1	배성훈
제49호	한-인도 CEPA의 인력유입효과 제고방안	2009.12.3	정민정
제50호	퇴직공직자 취업제한제도의 현황과 개선방안	2009.12.9	박영원
제51호	일·가정 양립정책의 문제점과 개선방안	2009.12.10	조주은
제52호	와이브로(WiBro)사업의 현황과 발전 방향	2009.12.15	김유향
제53호	수입수산물 안전관리의 문제점과 개선방향	2009.12.16	장영주

호 수	제 목	발간일	집필진
제54호	경찰의 주취자 보호·관리제도 개선방안	2009.12.17	하혜영 유규영
제55호	버스준공영제 시행에 따른 지방자치단체의 재정 부담과 과제	2009.12.18	박준환
제56호	미국의회의 입법과정과 우리 국회에 대한 시사점	2009.12.22	전진영
제57호	조선산업의 현황과 정책 과제	2009.12.23	전은경 이상은 김봉주
제58호	오바마 정부의 비핵화 정책과 북핵문제	2009.12.24	김영일 유응조
제59호	교통단속시스템 무력화 장비의 사용실태와 입법적 과제	2009.12.28	유규영 하혜영
제60호	육우산업의 현황과 정책과제	2009.12.30	배민식

현안보고서 제61호

발 간 일 2009년 12월 30일
발 행 임종훈
편 집 사회문화조사실 보건복지여성팀
기획관리관 기획협력팀
발 행 처 국회입법조사처
서울특별시 영등포구 의사당로 1
TEL 02·788·4524
인 쇄 경성문화사 (TEL 02·786·2999)

1. 본 책자의 무단 복제 및 전재는 삼가주시기 바랍니다.
 2. 내용에 관한 자세한 사항은 집필자에게 문의하여 주시기 바랍니다.
 3. 전문(全文)은 국회입법조사처 홈페이지(<http://www.nars.go.kr>) 자료마당에 게시되어 있습니다.
-

ISSN 2005-3215

발간등록번호 31-9735029-000641-14

© 국회입법조사처, 2009

현안보고서 제61호

고령사회 대비 주치의 제도 도입 검토

