

영국 NHS의 일차보건의료부문의 개혁과 그 함의

한 동 운

한양대학교 의과대학 예방의학교실

한양대학교 보건의료연구소

1. 서 론

전세계적으로 보건의료체계는 지역을 기반으로 한 보건의료 - 일차보건의료 - 체도의 개선과 확대를 계속하고 있다. 이는 세계각국에서 공통적으로 보이는 보건의료수요의 변화와 보건의료부문에의 자원 부족에 대한 대응방안으로, 서구의 주요 선진국들이 직면하고 있는 중요한 의료계의 현안인 보건의료체도의 적절성, 효율적 및 형평성 제고를 위한 개선책이기도 하다. 이는 영국도 예외는 아닌 것 같다.

영국은 1948년에 국가보건서비스 (National Health Service: NHS) 체도를 도입하였으며, 현재까지 같은 NHS체도를 유지하고 있는 대표적인 나라 중의 하나로, 50년이 지난 지금에 있어서도 그 기본적인 틀 - 포괄적인 의료서비스의 제공, 일정기간이상 영국에 거주하는 모든 사람은 이를 이용할 수 있는 권리, 그 제공에 있어 지불 능력에 의하지 않고 필요에 따른 제공- 을 유지하고 있다.

1990년도 초부터 NHS의 고질적인 문제인 비 효율성의 개선과 지속적으로 증가되는 의료비용 지출의 절감을 위하여 새로운 보건의료정책 수립과 시행을 통해 국가적인 실험과 새로운 의료체도의 개발을 계속하고 있다. 특히 일차의료조직의 구성과 역할의 변화를 위한 새로운 체도의 도입으로 영국의 보건의료계는 많은 변화가 가시화되고 있다.

물론 보건의료부문의 개혁에 미치는 중요한 요인이 보건의료부문 자체에 내재한 문제만 국한되는 것이 아니라 국가지원 복지 프로그램이나 또 다른 사회 부문의 개혁의 좀더 광범위한 구조적인 노력의 일부분이기도 하다. 즉 각국의 보건의료 개혁에 미치는 요인은 의료 자체 요인과 의료 외적으로 요인으로 구분될 수 있다. 그러나 본 고에 서는 논의는 의료부문자체에 대한서만 국한할 것이다.

2. 본 연구의 목적

본 연구의 목적은 영국 일차의료부문의 의료정책 변화에 대한 이해를 돕기 위하여, 의료개혁의 원인을 간략히 소개한 후, 영국의 일차의료제도의 변화 중 1990년대에 도입된 내부시장 (internal market)의 GP fundholding (예산보유 일반의)제도의 도입 배경과 그 폐지, 일차의료 집단(primary care group)과 일차의료 트러스트 (primary care trust)의 도입 배경과 발전과정을 소개하고, 마지막으로 이러한 변화가 우리나라 의료제도에 주는 함의 (implication)를 논의 하고자 한다.

이를 위하여 영국의 GP fundholding (예산보유 일반의)제도, 일차의료 집단(primary care group)과 일차의료 트러스트 (primary care trust) 평가 관련 문헌의 체계적 고찰 (systemic review)을 하였고, 또한 일차보건의료관련 조직 (Health action zone 등) 관련 영국정부의 웹사이트, 관련 문헌도 포함하였다.

3. 영국 의료체계와 의료개혁의 원인

영국의 의료제도는 최근의 우리나라의 의료개혁의 여파로 세간에 비교적 잘 알려져 있는 것 같다. 영국의 국가 보건 서비스 (NHS)는 1948년에 도입되었고, 세가지 주요 특징- 의료서비스 이용의 무료, 보편성 및 포괄성-이 있다. 이 제도 하에 의료서비스는 그 재원과 서비스공급에 있어서 주로 공공부문에 의존하고 있다. 모든 보건의료서비스를 보건영국정부의 보건의료부문에 대한 이 제도 이전부터 있어 왔으며, 그 개입의 정도에 있어서 다른 나라에 비하여 상당히 높다.

1990년 초반 이전의 NHS제도 내에서는 지역보건 당국 (health authority)이 중앙정부에서 할당된 보건의료 예산으로 해당 지역의 보건의료기관의 운영을 직접 관장하며, 주민에 대한 보건의료서비스 제공에 대한 책임을 지고 있었다. NHS에 의해서 제공되어지는 서비스에 있어서는 기본적으로 병원, 지역보건의료서비스 및 가정의 서비스(일반의, 치과의, 약사 및 안경사)를 포함한다.

병원부문의 의사들은 봉급제로 고용되어 있고, 일차의료 부문의 의사 (general practitioner: GP)는 주로 병원에 제공되고 있는 전문의 서비스에 대한 gate-keeper 역할을 하며, 정부와 계약에 의하여 자신에게 등록된 주민에 의료서비스를 제공한다. 이 GP에 대한 진료보수 지불방식은 봉급제, 인두제 및 일부 행위당 수가제 등의 혼합적인 형태를 취하고 있다.

그러나 일차보건의료 부문에 있어, 1970년대부터 그 업무량이 증대되어 왔고, 노령 인구의 증가, 정신질환자와 같은 취약계층에 대한 지역보건의료 부문의 건강증진, 질병 예방 프로그램의 도입과 영국정부의 보건의료 정책은 일차보건의료부문에 더 많은 업무량의 증가를 야기하였다.

1960년대와 1970년대에 일차보건의료부문에의 문제가 때때로 문제화되었으나 1980년대에 이러한 이슈가 절정에 달하였다. 당시 보수당 정부는 일차보건의료부문의 발전에 대한 많은 관심을 가졌는데, 이는 앞서 언급한 병원부문에의 문제해결을 위하여 일차보건의료부문에서 대체 병원서비스 제공으로 병원서비스 수요 감소나 NHS 재정적인 부담을 감소시킬 수 있을 것으로 믿고 있었기 때문이다.

전통적인 NHS제도 하에서는 형평성 측면에서 보면, 의료비의 급격한 증가 없이 모든 국민에게 필요에 따른 포괄적인 의료서비스에 대한 접근성이 보장되어 왔다. 즉 영국의 의료 정책에 있어서는 개개인의 지불 능력에 보다는 의료 수요에 따른 의료서비스의 분배라는 이용에 대한 사회계층간의 형평성 추구가 주요한 핵심으로 추구되어 왔다. 그러나 효율성 측면에서는, 영국 의료부문에서 도입시기부터 의료서비스 공급 측면의 비 효율성은 고질적인 문제로 지적되어 오고 있다. 그 한 예로 전국적으로 100만 명이 넘는 수술 환자 대기자 명단 (waiting list)은 국민에게는 불만과 고통을 주고 있으며, 영국 정치권에도 많은 부담을 주고 있다.

이와 같이 증대되는 국민의 불만과 의료수요 증가에 따른 의료비의 지속적인 증가에 대한 대책의 일환으로 1990대초 영국의 보수당 정부는 보건부분내 예산에 관한 부문간의 벽을 허물고, 서비스 제공자들이 주어진 예산범위 내에서 일하도록 격려했다거나, NHS에 '내부 시장 (Internal Market)'제도의 도입을 시도 하였다. 특히 이 '내부 시장' 도입은 보건의료서비스 시장에서 그 재원에 있어 조세에 의존하지만 구매자와 공급자의 구분을 통한 공급자들 간의 경쟁이 그 요체이다. 이 제도 시작 초기에는 구매자로는 지역보건 당국 (health authority)이 해당 지역의 주민을 위하여 서비스를 의료서비스 공급자와 계약을 하였다. 공급자로는 새롭게 도입된 병원 트러스트와 지역사회 서비스 트러스트인데, 이는 기존의 NHS 병원들과 지역사회 서비스 공급자를 묶어 일정 규모의 트러스트를 설립하여, 이 신 제도 도입이전에는 보건당국이 이들을 직접 운영하였으나 이후에는 운영의 독립성과 책임과 책무가 부여되고 있다.

4. 예산 보유 일반의 (GP fundholding)의 출현

이후 내부 시장의 공급자간의 경쟁은 일차의료 부문에서의 또 다른 조직을 도입함으로써 촉진되었다. 즉 예산보유 일반의 (GP fundholding) 제도의 도입이 그것이다. 이 제도 도입 전에는 기존의 일반의 (GP)들은 주로 해당 지역의 일차의료기관 (health center)에서 NHS의 근간을 유지하는 일차의료 제공자로 NHS와 계약에 의해 진료하는 의사였고, 앞서 설명한 바와 같이 전문의 (consultant) 치료에 대한 gate-keeper 역할을 하고 있었다.

그러나 보수당 정부는 GP fundholding의 성공적인 도입을 위하여 초기에는 비교적 단순형에서 복잡한 형태에 이르기 까지 여러 형태의 GP fundholding 제도를 제안하여 많은 일반의들의 참여를 얻어 내었다. 이 제도 하에서의 기본 틀은 다음과 같다. 한 지역의 보건당국 (health authority) 은 해당 지역의 일반의들 가운데 일정한 요건을 갖춘 일반의(들)에게 해당 등록된 주민들을 위하여 비 응급수술을 포함한 일정한 병원 서비스 및 지역사회 의료 서비스를 구매할 수 있는 예산을 지급하였고, 남은 예산에 대하여 자신들의 서비스 개선 등에 사용할 수 있는 권한을 부여하였다.

이 제도의 도입은 의료조직간의 환경에 많은 변화를 초래하였다. 특히 예산보유 일반의들이 근무하고 있는 일차의료기관들 (health center)과 병원들 사이의 관계 변화는 주목해 볼 만하다. 이러한 제도 이전에는 일반의가 자신의 환자를 병원으로 진료를 의뢰할 경우 해당지역의 보건당국에 의하여 이미 결정되어 있어, 즉 의뢰 병원에 대한 선택권이 없었기 때문에, 자신에게 등록된 환자가 병원 치료가 필요한 경우 진료를 의뢰한 병원의 전문의사 (consultant)들에게 선처를 구해야 했다. 그러나 이 제도 도입 이후로는 자신의 환자들에게 양질의 서비스를 신속하게 제공하는 병원을 선택할 수 있는 권한을 갖게 되었다. 이 제도 전후의 의료계의 한 에피소드가 그 당시 널리 알려졌는데, 이는 이 제도 도입 전후의 의료계 분위기의 변화를 쉽게 이해 할 수 있다. 즉, 이 제도 시행 전에는 일반의가 연말 인사로 병원의 전문의사 (consultant) 에게 크리스마스 카드를 보냈으나 이 제도의 시행 후에는 병원의 전문의사가 예산보유 일반의들에게 크리스마스 카드를 보내고 있다는 것이다.

5. GP Fundholding 제도의 폐지와 개별의료서비스 시범사업, 일차 의료 그룹 및 일차의료 트러스트의 도입

1990년도 보수당 정부에 의해 시작된 '일차의료가 주도하는 NHS' (primary care led NHS)가 발전하면서 일차 예산 보유 일반의들은 그 규모가 커졌고, 의료 서비스 구매자로서의 역할을 즐겼다. 더군다나 이 일차의료 조직은 포괄적인 서비스 제공을 위한 예산과 계획에 대한 필요성을 인지하기 시작하였다.

그러나 새로 도입된 의료정책의 취지는 서비스 구매자로서의 일차의료의 역할을 강조하였음에도 불구하고, 일차보건의료조직은 서비스제공자로서의 그들의 역할을 확대하였다. 한 예로 많은 연구결과가 보고한 바와 같이, 이 제도를 통하여 예산 보유 일반의들은 그들에게 등록된 환자에서 더 나은 의료서비스에 대한 접근성을 보장하기 위하여, 그들이 제공하는 서비스의 범위를 확대하였고, 통합된 연계 서비스 제공의 일부분으로 일차의료서비스를 발전시켰다.

이 제도 도입의 초기에 상반된 연구 결과에도 불구하고, 보수당 정부에서는 예산을 갖는 일반의 (GP fundholding) 제도의 긍정적인 측면에 고무되어 확산을 기했으나, 1997년 이후 노동당 정부에서는 이 제도의 부정적인 측면을 부각시키면서 폐지 하기에 이르렀다. 그러나 이 제도의 시행으로 일차의료기관 중 구매자의 역할을 하는 기관이 잉글랜드 지역만 관련된 약 4000개의 조직(보건당국, GP fundholding, locality commissioning group)이 남게 되었다.

가. 개별적 의료 서비스 (Personal medical services) 시범사업

앞서 지적한 바와 같이 일차 의료 조직들은 서비스 구매자로서의 역할 보다는 서비스 제공자로서 역할이 1997의 NHS (Primary Care) Act 이후 '개별적 의료 서비스 시범사업' (personal medical services pilots)에서 강조되었다.

이 제도는 실제적으로 82개의 첫 번째 개별적 의료서비스 시범사업형태로 1998년 4월부터 3년 예정으로 시행되었으며, 이 당시 400명의 GP들이 약 60만 명 이상의 환자들을 관리하였다. 2002년 현재 잉글랜드 지역의 GP중 22%가 1700여개의 시범사업에 참여하고 있었고, 현재는 2500여개의 시범사업에 9300명의 GP가 가담하고 있다.

이 새롭게 도입된 제도는 잉글랜드 지역의 일반의들이 진료하고 있는 일차의료기관과 병원 트러스트가 새로운 방법으로 일차의료서비스를 확대 발전할 수 있는 기회를 제공하였다. 더 중요한 점은 보건당국과 일차의료서비스 제공기관 간의 새로운 방식의

계약 관계를 토대로 해당 지역의 보건당국이 일반의, 지역 및 전문의사 서비스의 통합에 보다 더 적극적인 역할을 할 수 있게 하였다.

이 제도 전에는 일반의사 (GP)들이 NHS와 전통적인 계약, 즉 독립적인 계약에 의해서 NHS내에서 자신에 등록된 환자에 의료서비스를 제공하였으나, 이 제도의 도입으로 일차의료 조직에서 봉급제로 일반의사를 고용할 수 있게 되었다. 이로 인하여 이 제도 시행 초기에 NHS내의 조직과 보건의료의 전문적 영역에 많은 변화가 유발되었다. 즉 이 제도의 도입으로 인하여, 의사들도 고용되어 간호사 등 다른 보건의료 전문가들과 같이 봉직의 신분으로 동일한 의료서비스 제공 조직에 근무하게 때문에, 이들의 활동에 일반의들의 더 많은 참여를 볼 수 있었다. 이 제도의 도입의 또 다른 이유로 일차의료에서의 인력수급에 있어서 기존 계약관계의 비유연성 감소가 그것이다.

이 시범사업의 기본적인 실시 방안은 다음과 같다. 즉, 사업의 우선 순위 선정에 있어, 해당 지역에 의한 결정과 이 사업 운영에 있어서 유연성을 확보하고, 병원 이외에서 제공되어지는 제반 의료서비스의 범주를 넓히는데 관심을 기울였다. 이 시범사업은 일반의사 (GP)들이 NHS와의 계약 관계를 벗어나고, 보건당국이 어떠한 형태의 NHS 공급자로부터 일차의료나 관련 서비스를 구매할 수 있게 허용되었다. 예를 들어 일반의사를 통상적인 계약에 의해서 구할 수 없는 의료 취약지에서 봉급제 의사를 고용할 수도 있다. 이러한 계약형태의 변화를 통하여 지역의 보건당국이 일반의, 지역 및 전문의 서비스를 한데 묶는 역할을 할 수 있게 되었다. 즉 개별적 의료서비스 시범사업을 통하여 영국 의료제도의 구성의 일부분 및 일반의 서비스의 일부를 기능적으로 분리 (한 예로, 일반의 경우 계약제이기 때문에 지역당국이 이들에 대해서는 이 제도 도입 이전에는 통제할 수 없었으나 일부 봉직의 신분으로 바뀌면서 병원의 의사들 처럼 이들에 대한 보건당국의 개입이 용이 해졌다)할 수 있게 되었고, 이를 통하여 그 동안 단일한 관리 의료체제로 통합을 하게 하고 있다.

나. 일차 의료 그룹 (primary care groups)과 일차의료 트러스트 (primary care trust)의 도입

영국의 NHS 는 Health Act 1999을 통하여 일차의료 그룹 (primary care group: PCG)과 일차의료 트러스트 (primary care trust) 도입하였다. 특히 '일차의료그룹'은 현 노동당 정부 계획의 핵심을 이루는 것으로, 좀더 상호 협조적이고 통합적인 의료제도로의 변화를 추구하고 있다. 결국 이를 통하여 internal market 도입 후 영국의료 제도

의 기본적인 특징인 구매자와 의료 제공자의 분리를 유지하고 있다.

이 ‘일차의료그룹’은 예산보유 일반의 (GP fundholding) 제도의 폐지에 따른 후속 조직으로 영국 의료정책의 주류인 일차의료 중심의 NHS로의 개편을 위한 재정비를 하고 있다.

PCG들을 도입한 목적은 지역에서의 서비스 제공의 다양한 형태를 구성하고 교섭하는 과정에 일차의료 전문가들의 참여 유도하여, NHS내에서 이러한 경험들을 축적하는 것이었다. 동시에 이 PCG들은 노동당 정부에 의해서 이전의 모델 (GP fundholding)에서 유발된 문제들 (분절성, 불형평성 및 높은 거래비용) 대한 해결방안의 하나로 설계되었다.

일반적으로 PCG들은 평균 10만명의 등록된 인구를 갖는 일반의, 지역 간호사들의 집단을 일컫는다. 이 PCG는 현재 세 단계의 발전 과정을 거치고 있다. 첫째 단계로는 일반의사들과 지역 간호사들이 보건당국에 조언하는 역할을 한다. 즉 해당지역의 보건당국에 병원 및 지역보건의료서비스구매에 대하여 자문을 하고 있는 일반의가 주도하는 위원회(GP-dominated committee) 성격의 그룹이다. 현재 PCG의 약 반이 이 형태를 유지하고 있다. 두번째 단계는 일반의사들과 지역 간호사들이 그 해당 그룹에게 등록된 주민들을 위한 서비스의 90%를 구매할 수 있다. 이 그룹은 보건당국의 하부 위원회 역할을 한다. 이를 위한 예산까지 보건당국으로부터 위임을 받은 형태이다. 세번째 단계에서는 일반의사들과 지역 간호사들이 포함된 그들에게 등록된 주민들을 위한 서비스의 계획과 구매 및 보건당국에 의해 위임된 제반 업무에 대해 설명의 의무가 있다. 대부분의 PCG들은 PCT 형태로 변화될 예정으로 되어 있다. 이 PCT가 현재 대부분의 보건당국의 자원과 기능을 갖게 될 것이다. 네번째 단계에서는 세번째 단계의 PCT의 기능이외에 지역의료 서비스 제공을 위한 책임이 있다. PCT는 대부분의 병원 및 지역 보건의료 서비스의 구매를 담당하게 되고, 향후 NHS 일차보건의료서비스는 PCT들에 의하여 제공될 것이며 NHS에서 가장 중요한 역할을 할 예정이다.

그러나 실제적으로는 이 그룹들의 크기는 다양하며, 5만에서 25만명의 주민을 대상으로 한다. 그 기능에 있어서도 이전의 구매조직 (GP fundholding, locality commissioning group 등)의 모델보다 더 넓은 범위의 서비스 구매에 대한 책임을 갖고 있다. 즉 PCG와 PCT들은 한정된 예산 범위 내 (cash limited budget)에서 그들에게 등록된 환자들의 보건의료 서비스 사용, 즉 병원 및 지역의 보건의료서비스, 일반가정의사 및 약 처방 등에 관해 지불을 하고 있다.

2001년까지 잉글랜드 지역에 434개의 PCG들과 40개의 PCT들이 있고, 2001년 4월에는 124개의 PCG들은 PCT로 되었다. 결국 이 제도의 도입으로 이전의 4000여개의 서비스구매 관련 조직은 481의 PCG들로 대체되었다. 이전의 조직은 자발적인 참여 조직이었으나 이 일차의료 그룹은 의무적으로 참여해야 하는 점이 서로 간에 다르다.

Health and Social Care Bill 또한 PCT들이 지방 행정당국으로부터 권한을 위임을 받아 social care 예산도 보유할 수 있게 하고 있다. 이를 통하여 일차의료 서비스에 있어서 보건의료(health services)와 사회복지서비스(social service)를 통합하는 쪽으로 변화하고 있다.

다. 일차의료 그룹의 현재 진행과정

일차의료그룹들이 직면하고 있는 현재의 의무는 ‘어떻게 효과적인 이들의 조직을 발전시킬 것인가?’이다. 이를 위하여 우선 적절한 하부 구조를 구성해야 하는데, 정부는 PCG들에 공식적인 운영 위원회 구성을 권고하고 있다. 이 위원회는 해당 지역에서 임명된 위원장에 의해 운영되며, 일반의사, 간호사, 사회 서비스 관련자 및 일반인들로 구성되어 진다. 그러나 아직 초기 단계이기 때문에 아직도 이를 구성하기 위하여 조직 내부적으로 많은 시간과 노력이 필요로 하고, 또한 해당 그룹은 실제적인 운영과 관련된 문제, 자금 조달, 그 구성인력이 자립적인 독립 조직의 구성원으로 같이 일하는 서로 배우는 일이 그들 업무의 주류를 이루고 있다.

이러한 초기의 준비 단계에 겪어야 하는 일들로 인하여, 그 그룹이 실행하여야 하는 기본적인 기능을 하기가 어렵고, 소수의 그룹만이 요구되어 지는 서비스에 대한 계획과 구매를 하고 있다. 또한, 이들은 일차의료 관련 서비스, 예산의 관리 및 서비스 관리준비 등에서 미숙함을 보이고 있다.

그러나 최근 PCG들은 의료서비스 수요관리에 있어서 진전을 보이고 있다. 예를 들어, 이들 그룹들은 점수제도를 도입하여 병원으로의 환자 의뢰를 줄이고, 조기 퇴원을 권장하고 있고, 지역에서는 다 분야 지역 지원팀을 구성하여 지역사회 주민을 지원함으로써 해당지역의 환자의 병원입원과 퇴원에 있어서 효율성이 증대되고 있다고 보고되고 있다.

향후 영국 정부는 2004년까지 모든 일차의료 그룹들은 일차의료 트러스트들로 모두 전환시킬려는 계획을 갖고 있다. 따라서 최근 대부분의 PCG들간에 PCT로의 전환이 주요한 안건으로 떠 오르고 있다. 아직 많은 PCG들은 개발단계에 있으나, 이를 통하여 그 규모가 커지고 조직간의 통합이 이루어지고 있다. 이는 영국의 NHS 도입이후 처음으로 일차의료 서비스와 지역사회 서비스가 단일 조직에 의하여 통합되었고, 이는

향후 일차의료서비스 개발의 주요한 결정인자가 될 것이다. 또한 이를 위하여 PCG/PCT들은 지역의 보건 당국 뿐만 아니라 행정당국과의 새로운 'Partnership'이 필요로 한다. 이를 통하여 많은 프로그램을 도입하고 있다. 그 한 예로, 최근 영국 정부는 Primary Care Access Target (일차의료접근목표)를 설정하고, 이를 달성하기 위하여 모든 PCT조직들에게 Primary Care Access Fund (일차의료접근기금)를 배정하였으며, 이를 사용하여 주민들이 일차의료를 24/48내에 이용할 수 있게; 일차의료에 있어 능력 증대나 제공할 수 있는 서비스의 확대; 일차 및 이차의료에서의 의료수요를 관리하게 하고 있다.

7. Health action zone (HAZs)

Health action zones (HAZs) 은 1997년부터 시행된 잉글랜드지역의 가장 취약한 지역들 중 일부에서 시행되고 있는 제도로, 계층간의 건강 불평등 해소를 그 목적으로 하는 제도이다. HAZs는 NHS, 지역 당국, 지역사회, 자선조직 및 민간부문 (사업기관) 간의 파트너십이라 할 수 있고, 그 활동에 있어 공중보건, 보건과의 지역주민과의 연결, 고용, 재개발, 교육, 주거 및 탈빈곤화 활동 등을 포괄하는 광범위한 프로그램이다. 이 HAZs의 주된 목적은 이러한 제반 서비스를 통합하고, 이러한 활동들이 해당 지역의 주된 활동으로 발전하게 하는 접근 방안이다.

이를 위하여 NHS내부의 조직이나 외부 조직들이 지역 주민들의 건강증진을 위해 합의된 전략을 수행하며, 기대되는 효과로는 이 프로그램 운영을 통하여, 건강 불평등과 같은 지역사회의 문제를 제고하며, 해당 지역의 환자나 취약 계층들에게 보다 책임 있는 지역보건의료서비스를 발전시키는 것이다.

영국전역에 26개의 HAZs이 있으며, 보건부는 2005/6년까지 예산지원을 할 예정이다. 특히 HAZ들 내의 PCT들은 HAZ들의 자원들이 사용될 방향과, 이들의 활동이 PCT들의 관할 하는 환자들의 건강불평등을 해소하는데 도움이 될 수 있게 하는 제반 운영에 대하여 책임을 진다. 이들의 업적은 strategic health authorities에 의하여 관리된다. 이러한 HAZs은 인구 18만에서 140만까지 관장하며, 총 1300만명을 포함하고 있다. 지역적으로는 도시내부나, 시골, 예전의 탄광지역을 주 대상지역으로 하고 있다.

8. 토의 및 결론

앞서 소개한 바와 같이, 영국은 일차의료 분야에서 예산 보유일반의 제도의 폐지와 개별의료서비스 사업, PCG/PCT 제도 및 HAZs 의 도입을 시도함으로써 일차의료에서의

의료서비스, 지역서비스와 사회 서비스의 통합을 통한 일차보건의료 부문의 효율성의 증진을 추구하고 있다. PCG/PCT들은 지역주민에 필요한 서비스를 직접 제공하고, 이에 대한 계획과 구매를 해야 한다. 이를 위하여 일차의료서비스, 예산 및 서비스의 관리 등을 얼마나 효율적으로 하느냐에 이 제도의 성공 여부가 달려 있다고 볼 수 있다.

앞서 설명한 영국의 일차의료부문에서의 그 기능과 조직의 개편을 통해 추구되어진 점을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 일차의료 그룹이나 트러스트와 같이 일차의료 제공자들을 단순히 일차의료 공급자 만으로 활용하기 보다는 이들에게 의료 예산과 주민들에 대한 의료 수요에 대한 예측하고, 그에 대한 공급 수준을 계획에 참여 시키고 있다는 것이다.

둘째, 일차의료 제공자들의 지역내에서 조직화이다. 이들의 여러 형태의 조직화를 통하여 의료계의 문제점인 고비용, 불균등한 의료서비스 제공자들의 지역적인 분포 등을 개선, 취약계층을 포함한 주민들에게 양질의 서비스를 제공하고, 주어진 예산의 효율적 사용과 비용의 절감효과를 기대할 수 있다.

셋째, 의료서비스 제공에 있어서, 지역의 일반의, 지역 및 전문의서비스의 분절화 현상을 계약 형태의 변화 등을 통하여 통합적인 관리의료 제공 시스템으로의 전환이다. PCG/PCT와 같은 일차보건의료조직은 해당 지역의 주민들에게 좀더 책임감을 갖고, 양질의 서비스를 제공하기 위한 통합적인 지역의료체계로의 발전을 위한 한 과정을 구성하였다.

마지막으로, 앞서 설명한 바와 같이, 영국의 일차의료 제도의 변화를 보면 재미 있는 점을 관찰 할 수 있다. 즉 예산보유 일반의 제도나 일차의료그룹/트러스트는 미국의 미국의 매니지드 케어 (managed care)와 유사성을 발견할 수 있다. 영국의 일차의료그룹/트러스트와 미국의 매니지드 케어 (managed care)와는 양 극단의 의료제도 하에서 발전해 왔으나 그 기능에 있어 매우 유사 한 점이 발견되고 있다. 즉 최근 십수 년간의 영국의 경험으로 미루어 볼 때, 일차 의료 부문에서의 조직 변화에서 하나의 convergence를 관찰 할 수 있다. 이러한 시도는 영국 NHS제도의 근본적인 개혁을 의미한다.

1997년 후반의 IMF이후 6년이 지난 지금 한국의 보건 의료계 내에는 많은 어려움과 문제점이 도출되고 있다. 특히 의약분업 이후 지속되고 있는 정부/보험자와 의료제공자들간의 갈등, 지역 약사와 일차의료기관간의 갈등, 지역 일차의료기관, 중소 병원 및 대형 병원 간의 역할 중복 및 경쟁, 인력난 및 경영난, 급성병상 과잉과 장기요양시설의 부족, 또한 최근 정부의 공공보건의료 확충 등이 보건의료부문에 부담을 주고 있고, 제도적인 변화를 요구하고 있다. 이는 어떤 의미에서 의료수요와 공급에 대한 관리체계의 미흡에서 빚어지는 현상일 수도 있다. 이러한 의료제도상의 국면에서 우리는 영

국의 일차의료부문의 개혁을 통하여 무엇을 배울 수 있을까?

이에 대한 대답은 그리 간단하지 않은 것 같다. 즉 한국의 의료제도 역시 이들 국가와는 매우 다른 토대 위에서 발전한 의료제도를 갖고 있다. 우리나라의 경우 의료 보험의 경우 단일 조직으로 운영되고, 의료 공급자의 경우 일차의료 조직이나 병원조직이 대부분 민간 중심이고, 조직운영의 측면에서, 이들이 각각의 독립적 운영 체계로 운영하고 있어 이들간의 관계의 단절화 등 상당한 상이성을 갖고 있다.

그러나 의료제도에 있어서 미국과 영국간의 그 상이성에도 불구하고 일차의료 기관에게 일정한 예산을 관리 및 운영에 대한 권한의 부여를 통한 의료제도의 통합 및 효율화를 추구하고 있으며, 영국의 일차의료그룹의 경우 해당지역의 주민에 대한 의료수요와 공급에 대한 계획과 서비스 제공자와의 구매에 대한 책무가 부여되는 점에서 이 제도의 장점으로 부각되고 있다. 따라서 우리가 배워야 하는 것은, 일차보건의료조직을 중심으로 한 영국 정책의 기초는 주민들에 대한 보건의료 서비스에 대한 수요를 측정과 그 제반 서비스 제공에 있어 일차보건의료조직이 그 중심적 역할을 해야 한다는 점에 대한 인식을 정부나 의료제공자, 국민들이 같이 하고 있는 것이다.

마지막으로, 이들의 경험에 비추어 우리의 보건의료부문에서 이러한 개념을 도입, 발전시킬 수 있을까? 우리나라에서도 이와 같은 추세가 전혀 새로운 것은 아닌 것 같다. 1995년부터 시작된 지역보건소를 중심으로 한 해당지역의 의료수요 측정과 의료서비스 공급을 위한 지역보건의료계획이 그것이다. 또한 보건의료부문의 환경 변화 - 즉 노령인구의 증가, 질병 양상의 변화, 보건의료 조직과 인력 구성의 변화 등- 는 보건의료서비스 제공체계에 있어 변화를 요구하고 있다.

우리나라의 경우 이러한 지역공공부문의 활동이 지역보건의료공급체계에 직접적인 영향을 미치기는 아직 미흡하다고 볼 수 있다. 그러나 그 수립과정에 있어서 해당 지역의 의료서비스 제공자들, 자선단체, 지역보건의료전문가 및 지역 주민들이 참여하고 있어, 지역의 보건의료수요와 공급체계 개선을 위한 지역중심의 활동을 우리는 이미 경험하고 있다. 즉 이미 지역주민이 필요로 하는 보건의료서비스의 예측과 공급에 있어 제한적이거나 공공보건의료조직(일차보건의료조직)이 그 중심적 역할을 하고 있으며, 이에 대한 법적, 제도적 변화도 시스템이 있다고 볼 수 있다.

따라서 영국에서의 일차의료조직관련 의료정책의 도입과 그 실행과정의 경험과 그 결과들을 신중하게 검토하고 연구하여, 우리나라의 지역중심의 통합적인 보건의료서비스 제공 체계를 발전시켜나가기 위하여, 기존의 지역의료보건계획수립에 관한 제도를 잘 보완 발전시켜나가는 것이 미래 우리사회의 포괄적인 지역보건의료서비스제공체계 수립의 한 방안이 아닐까?

참고문헌

- Baggott R. Health and health care in Britain. London: McMillan.
- Coulter A. Evaluating general practice fundholding in the UK. *European Journal of Public Health* 1995, 5:233-239.
- Department of Health. The New NHS, Modern, Dependable. The Stationery Office, London, 1997.
- Dixon J, Glennerster H. What do we know about fundholding in general practice? *British Medical Journal* 1995, 308:772-775 .
- Dixon J, Holland P, Mays N. Developing primary care gatekeeping, commissioning and managed care. *BMJ* 1998; 317: 125-128.
- Glendenning C. GPs and contracts: bringing general practice into primary care, *Policy and Administration*, 1999, 33;2:115-131.
- Glennerster H, Matsaganis M, Owens P. Implementing GP fundholding: wild card or winning hand? Open University Press, Buckingham, 1994.
- Goodwin N, Mays N, Mcleod H, Malbon G, Raftery J. Evaluation of total purchasing pilots in England and Scotland and implications for primary care groups in England, *BMJ* 1998; 317:256-259.
- Griffiths C, Sturdy P, Naish J, Omar J, Dolan S, Feder G. Hospital admissions for asthma in east London: associations with characteristics of local general practices, prescribing, and population. *BMJ* 1997; 314: 482-486.
- Majeed A, Malcolm L. Unified budgets for primary care groups. *BMJ* 1999; 318: 772-776.
- Majeed A. Adapting routine information systems to meet the needs of primary care groups. *Pub Health Med* 1999; 1: 4-11.
- Malcolm L. GP budget holding in New Zealand: lessons for Britain and elsewhere. *BMJ* 1997; 314: 1890-1892.
- National Health Service Executive. Developing Primary Care Groups. NHS Executive, Leeds, 1998.
- National Health Service Executive. Personal Medical Services Pilots under the NHS (Primary Care) Act 1997: a comprehensive guide. NHS Executive, Leeds, 1997.

- National Health Service Executive. Towards a Primary Care Led NHS. NHS Executive, Leeds, 1995.
- NHS Confederation. Primary care groups: hopes and fears survey. NHS Confederation, Birmingham, 1999.
- NHS Executive. Primary Care Trusts. Department of Health website, 2001.
- Pollock AM. Will primary care trusts lead to US-style health care BMJ 2001; 322: 964-967.
- Robinson R, Steiner A. Managed health care: US evidence and lessons for the National Health Service. Open University Press, Buckingham, 1998.
- Saltman R, Figueras J, Sakellarides C. Critical challenges for health care reform in Europe. Open University Press, Buckingham, 1998.
- Scally G, Donaldson LJ. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. BMJ 1998; 316: 39-42.
- Secretary of State for Health. The NHS Plan. A plan for investment, a plan for reform, The Stationery Office, London, 2000.
- Smith J, Regen E, Goodwin N, McLeod H, Shapiro J. Getting into their stride: interim report of the national evaluation of Primary Care Groups. Health Services Management Centre, University of Birmingham, 1999
- Smith P, Sheldon T, Carr-Hill R, Martin S, Peacock S, Hardman G. Allocating resources to health authorities: results and policy implications of small area analysis of use of in-patient services. BMJ 1994; 309: 1050-1054.
- Walsh N, Allen L, Baines D, Barnes M. Taking off: a first year report of the Personal Medical Services (PMS) Pilots in England. Health Services Management Centre, University of Birmingham, 1999.
- Wilkin D, Gillam S, Smith K. Tracking organizational change in the new NHS BMJ 2001; 322: 1464-1467.

<http://www.haznet.org.uk/>

<http://www.doh.gov.uk/pricare/pcts.htm>

<http://www.doh.gov.uk/pricare/improvedaccess.htm>