

의료비 절감을 위한 일차의료 활성화 방안

최 용 준

(한림대)

이 글은 크게 두 부분으로 나뉜다. 먼저 일차의료 활성화 방안 논의의 배경으로 “왜 다시 일차의료인가?”란 질문에 대한 답을 몇 갈래로 제시한다. 이어서 이 발표의 핵심 내용인 일차의료 활성화 방안을 제시한다. 이 글을 쓰면서 여러 문헌을 참고했으나 일차의료 활성화 방안의 경우 필자가 공동 연구자로 참여한 “21세기 보건의료 체계 발전 방향 연구(권순만 등, 2010)”의 주요 내용을 공동 연구자들의 양해 하에 거의 그대로 인용하였음을 미리 밝혀 둔다.

1. 왜 일차의료인가?

(1) 이론적 근거(최용준, 2006)

보건의료의 대상으로서 보건의료는 일종의 ‘사회 현상’ 이어서 이의 법칙적 이해란 애당초 불가능한 것이라고 보는 경우가 많다. 그런데 이른바 ‘의료의 생태(ecology of medical care)’란 개념은 드물게 보건의료에 대한 ‘법칙적 이해’의 사례가 될 만하다(White et al., 1961).

Kerr White는 일반 내과 의사로 1950년대 중반 노스캐롤라이나 대학교 의학(전문)대학원 교수로 초빙되어 당시 ‘일반 의료 클리닉(General Medical Clinic)’을 운영하기 시작했다. 이 클리닉은 의학대학원의 모든 교수진과 학생, 전공의들을 가정의가 보게 되는 흔한 건강 문제에 노출시키려는 것을 목표로 삼았다. 그러나 1960년대 들어 미국의 의료 환경이 급속한 변화를 겪으면서 의학 교육 정책 분야에서도 가정의 양성 정책은 한물간 것으로 간주되었고 White가 영국에서 안식년을 보내고 학교에 복귀할 무렵 기존 프로젝트는 중단되었다. 이후 그는 자신의 주장을 뒷받침할 만한 증거들을 찾으려 애썼는데 마침내 실마리를 제시한 이는 White의 친구였던 영국의 가정의 Horder 부부였다. Horder 부부는 지난 석 달 동안의 환자 진료 기록을 분석한 결과, 등록 환자의 약 30%가 의뢰를 받아야 할 정도의 증상을 경험했으며, 그중 약 25%, 전체 등록 환자의 약 8%가 병원에 의뢰되었음을 확인하였다(Horder & Horder, 1954). White는 미국에서도 같은 관계가 성립하는지 확인하고 싶었다(White, 1997). 결과는 놀라웠다(그림 1).

1961년 논문이 출간되자 대학병원 의사들과 전문의(specialist)들로부터 격렬한 반응이 쏟아졌다. 이른바 ‘White-Williams-Greenberg Diagram’은 의대생을 위한 임상 교육의 대부분이 3차 교육 병원에 입원하는 1,000명 중 한 명이 겪는 문제에 집중되어 있음을 보여 주었던 것이다. 그러나 당시

의 격렬한 반응과 논쟁에도 불구하고 White 자신의 반복 연구(White, 1973)와, 다른 연구자들의 최근 연구들(Green et al., 2001 ; Dovey et al., 2003 ; Fryer GE Jr. et al., 2003 ; Fukui et al., 2005 ; Leung et al., 2005)을 통해 ‘의료의 생태’는 시간의 시험을 견뎌 냈다.

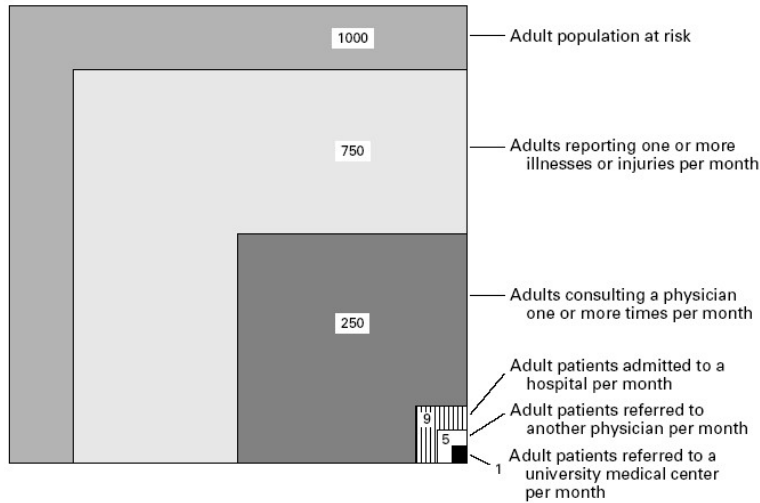


그림 1. Monthly prevalence estimates of illness in the community and the roles of physicians, hospitals, and university medical centers in the provision of medical care (adults 16 years of age and over).

White 등이 처음 이 개념을 제시했을 때 그들의 관심은 의학 교육 내용과 의료 생태(ecology of medical care)의 불일치에 대한 문제 제기에 놓여 있었다. 그러나 의료 생태의 도식은 그 자체로 여전히 과소평가되고 있는 일차의료의 중요성을 환기시키며 또한 그 양에 미치지 못하는 일차의료의 질적 수준의 문제를 제기한다. 물론 우리나라에서는 아직 이러한 개념이 적용될 수 있는지 확인된 바 없다. 그러나 우리나라 일차의료의 비중을 감안할 때 이러한 문제의식이 부적절하다고 할 수만은 없을 것이다.

(2) 몇 가지 실증 근거(최용준, 2009)

세계보건기구는 일차보건의료(primary health care, PHC)를¹⁾ “2000년까지 전 세계 모든 인류들에게 건강을” 가져다 줄 핵심 전략으로 채택하였으나 일차보건의료를 바탕으로 보건의료 체계를 재조

1) 일차보건의료와 일차의료(primary care)는 구분할 수 있는 개념이지만 여기에서는 일차의료, 일차보건의료의 목표를 달성하기 위하여 변화하는 전통적인 일차 진료(primary medical care)로 보는 스타필드의 의견(Starfield, 1998)을 좇아 엄격한 구분을 하지 않았다.

직화하고 성과를 거둔 사례는 많지 않았다. 1980년대 일부 연구자들과 보건 행정가들은 쿠바나 이란, 모잠비크를 비롯한 여러 나라를 성공 사례로 언급하고 있으나 이들은 예외적인 경우에 속하는 것으로 보인다.

실제로 일차의료 연구자와 실천가들은 얼마 전까지만 하더라도 일차의료의 성과에 대한 객관적 근거를 축적하지 못하고 있었다. 이 점에서 최근 몇 년 사이에 발표된 연구 결과들은 근거 바탕 보건의료(evidence-based health care)의 흐름 속에서 의미 있는 시사점을 던져주고 있다.

그 하나가 세계보건기구 유럽 지역 사무소의 의뢰로 HEN (Health Evidence Network) 연구자들이 발표한 연구 보고서다(Health Evidence Network, 2004). 보고서는 보건의료 체계의 성과를 개선하기 위한 중요 전략으로서 일차의료의 수용되고 있지만 이에 대한 체계적인 고찰 연구가 없다는 점을 지적하고 자신들의 연구 결과를 다음과 같이 요약한다.

- 일차의료 수준이 높을수록 인구 집단의 건강 결과가 좋았다.
- 일차의료의 이용 가능성이 높을수록 만족도가 높고 비용이 덜 들었다.
- 선진국에서는 전문 의료 정향성이 강할수록 접근성의 불평등이 컸다.
- 후진국에서는 일차의료 정향성이 강할수록 형평적이고 접근성이 높았다.
- 전문 의료와 비교 시 비용이 덜 들고 만족도가 높으면서 질이 나쁘지 않았다.
- 이차의료에서 일차의료로 전환 시 비용 효과적이었다.
- 일차의료 확대가 늘 비용 절감을 의미하는 것은 아니다. 일차의료 확대는 종종 미충족 필요의 충족, 접근성의 개선, 서비스 이용의 증가 등을 동반하기 때문이다.

스타필드 등(Starfield et al., 2005)도 비슷한 결론을 내놓는다. 그들은 한 걸음 더 나아가 일차의료의 어떻게 한 사회의 건강 수준을 향상하는 데 기여하고 있는지에 관한 몇 가지 가설적 설명을 제시하였다. 그 요지는 다음과 같다.

- 일차의료는 필수 서비스에 대한 접근성을 향상시킨다.
- 일차의료는 임상 의료의 전반적인 질적 수준을 향상시킨다.
- 일차의료는 상대적으로 예방을 강조하는 경향이 있다.
- 일차의료는 건강 문제의 조기 발견과 치료에 유용하다.
- 일차의료는 질병보다는 환자에 초점을 맞춘다.
- 불필요하거나 부적절한 전문 의료 이용을 줄인다.

이러한 결론은 물론 명백한 한계를 지닌다. 예를 들어 일차의료 체계가 제대로 확립된 나라들은 대

체로 좋은 사회 정책과 복지 프로그램을 갖추고 있다. 또 일차 진료 의사가 많거나 비중이 크다는 사실 자체가 언제나 의료 접근성 향상을 보장하는 것도 아니다. 그러나 한 가지 분명한 점은 인구 집단의 건강 수준이나 보건의료 체계의 성과 수준을 결과 변수로 삼았을 때 전문 의료 정향성을 지닌 보건의료 체계를 갖춘 국가들의 성과가 그리 높지 않다는 점이다.

미시적인 관점에서 일차의료의 효과를 실증적으로 접근한 사례도 있다. 김수영 등(2008)은 ‘일차의료(체제, 속성, 일차 진료 의사)는 비 일차의료(체제 부족, 속성 부재, 전문 의사)에 비해 결과(환자 결과, 제공자 결과, 보건의료 체계 결과, 장단기 건강 결과) 향상에 더 우월한가?’ 라는 질문에 답하기 위하여 문헌을 포괄적으로 검색하여 일차의료 효과(우월성)에 대한 논문 107편 선정하여 구조적 고찰을 시도한 결과 대다수 연구들이 긍정적인 결과를 내놓았음을 보고하였다.

이와 같은 최근의 몇몇 연구 결과들은 적어도 실증적 면에서 일차의료의 중요성을 말하고 있는 것으로 보인다.

(3) 의료 제공 체계의 기능 부전(권순만 등, 2010)

의료 기관 간 경쟁 심화

2005~2008년간 요양기관 수와 병상 수가 모두 늘어났는데 특히 병원의 증가세가 두드러지고 있다. 병상 수 증가는 국제적 경향과는 정반대의 현상이며 이런 추세를 병원이 주도하고 있다.

이러한 현상이 빚어지는 이유로 생각할 수 있는 것은 의료 시장이 아직 초과 이윤을 확보할 여지가 존재한다는 것과 의사들이 삶의 질을 추구하는 방향으로 가치관과 태도가 변화함에 따라 공동 개인이 증가하거나, 전문가로서 의원보다는 병원을 경영하고 싶다는 욕구가 커진다는 점이다.

병원 수와 병상 수 증가는 부문 내 경쟁이 갈수록 치열해지고 있음을 의미하며, 이는 결국 고가의 의료 장비와 시설 등 가시적 부분을 둘러싸고 벌어지게 된다. 고가의 의료 장비의 급속한 증가는 경쟁 심화의 대표적인 결과로서 지나친 고가 의료 장비 도입은 의료 체계 전체의 효율을 떨어뜨리고 개별 의료 기관도 낮은 장비 가동률을 떠안아야 하는 문제가 발생한다.

부적절하고 비효율적인 진료

일차의료 기관은 경증의 외래 환자를 담당하고, 전문적 진료가 필요한 환자들에 대해서는 대리인으로서 적절한 요양 기관을 안내하는 것이 우리 사회가 가진 자원을 효율적으로 사용하면서 동시에 적절한 의료를 보장함으로써 의료의 질을 높이는 방법이 될 것이다. 그러나 현실은 그렇지 못하여 의원에서도 병상을 설치하여 입원 서비스를 제공하고 있고 종합전문요양기관에서도 경증 환자에 대한 외래 진료를 제공하고 있다.

요양 기관 중별 총 요양 급여 비용 중 외래가 차지하는 비중을 살펴보면, 종합전문요양기관이나 종합 병원의 경우에도 총 요양 급여 비용 중 외래 요양 급여 비용이 차지하는 비중이 34~36%가량되고 있다. 입원을 위주로 하여야 할 종합전문요양기관과 종합 병원에서 외래 비중이 이토록 높다는 것은

의료 제공 체계상의 문제점을 드러내는 단면이라 할 수 있다.

1996년, 1999년, 2002년, 2005년, 2008년의 5개 연도 환자조사 자료를 활용하여 일차의료 적합 외래 질환의 비중을 분석한 결과, 종합 병원이나 종합전문요양기관의 경우 그 비중이 조금씩 줄어들고 있는 있으나 여전히 일차의료 적합 질환에 대한 진료가 상당 정도 이루어지고 있는 것을 확인할 수 있었다. 즉, 일차의료 수준에서 충분히 감당할 수 있는 환자조차도 2·3차 의료기관에 몰림으로써 전체 의료 체계의 효율성을 저하시키고 있는 것이다.

환자들의 의사 장보기

의료 제공 체계가 기능 부전 상태에 빠져 있고 일차의료 수준의 주치의 제도가 없기 때문에 환자들은 자유롭게 의료 기관을 선택할 수 있다. 그러나 환자와 의사 간 정보 비대칭성이라는 의료의 성격 때문에 자유로운 선택은 현명한 선택이 되기 어려워 ‘의사 장보기’ 현상이 초래된다. 의사 장보기는 경험적으로 빈번하게 확인되고 있지만 이에 대한 계량화는 거의 이루어지지 않고 있다. 건강보험 자료를 활용한 철저한 의료 이용 분석이 필요할 것인데 이에 대한 연구가 이루어질 예정이므로 문제를 더 체계적으로 이해할 수 있는 계기가 마련될 것이다.

2. 일차의료 활성화 방안(권순만 등, 2010)

보건의료 체계의 관점에서는 일차의료 특권화하여 활성화 방안을 말할 수도 없고 말해서도 안 될 것이다. 따라서 일차의료 활성화 방안은 곧 의료 공급 구조의 개편의 맥락에서 보아야 하면 이러한 문제의식에서 일차의료 활성화 방안은 의료 제공 체계 확립 방안이라는 틀 속에서 이야기해 보고자 한다.

(1) 의료 제공 체계 확립의 방향

① 일차의료와 병원 의료의 역할 분담

의료법상 의원급 의료기관²⁾은 외래 환자를 진료하는 통원 진료를 주로 맡고 병원급 의료기관은 입원 환자를 진료하는 입원 진료를 주로 맡아야 한다. 의료법이 의료기관 종류와 의료기관 종류별 인력·시설·장비 등의 기준을 정한 기본 정신으로 돌아가자는 것이다.

이것은 제한된 자원의 효율적 배분이라는 경제 원리에도 부합한다. 또 이러한 의료 전달 체계 확립 방향은 의료 공급자 쪽의 다수 이해 당사자들도 대체로 동의할 것으로 판단한다(표 1).

2) 이하에서는 ‘일차의료 기관’ 과 ‘의원급 의료 기관’ 을 혼용한다. 그러나 엄밀히 말하면 일차의료 기관과 의원급 의료 기관은 같은 것이 아니다. 적지 않은 수의 단과 전문의들이 자유롭게 의원급 의료 기관을 개업할 수 있는 우리나라 의료 시스템 때문이다.

표 1. 일차의료와 병원 의료의 역할 분담에 대한 의료계 및 병원계의 의견

| 단체명 | 단체의 의견 | 출처 |
|-----------|--|--------------|
| 대한의사협회 | - 의원급 의료 기관은 외래 업무에, 병원급 의료 기관은 입원 업무에 치중할 수 있도록 - 지금까지 많은 공청회 및 토론회에서 기본 방향을 위와 같이 도출한 바 있으나 | 대한의사협회, 2010 |
| 대한병원협회 | 가. 의원 기능 재정립 - 현행 입원 진료 기능 제외 | 한원곤, 2010 |
| 대한중소병원협의회 | - 의원 : 외래 위주로 바꾸고 입원실 폐쇄 - 병원 : 경증 및 중증도 환자 입원 위주로 운영 | 권영욱, 2010 |

② 일차의료의 의료 이용 안내 내지 조정 기능 확립

일차의료 기관, 즉 의원급 의료 기관이 환자의 의료 이용 전반을 안내하고 조정하는 노릇을 맡는 것이 바람직하다.

일차의료는 환자가 처음 대하는(first contact) 공식 의료 체계의 첫 단계이므로 일차의료 기관에서 이루어지는 의학적 의사 결정이 이후 의료 이용에 영향을 미칠 수 있다. 또 의료는 정보의 비대칭성이 강하기 때문에 의료인이 아닌 일반인들이 적절한 의사 결정을 내리기 어렵다. 따라서 일차의료 기관 내지 의원급 의료 기관이 환자가 부딪힐 수 있는 건강 문제 대부분을 해결하면서도 능력 밖의 문제에 대해서는 다른 의료 기관에 환자를 의뢰하여 환자가 적절하게 의료 이용할 수 있도록 안내하는 역할을 한다면 좋을 것이다.

한걸음 나아가 상급 의료 기관에서만 처리할 수 있는 건강 문제가 해결된 후에는 그 환자를 다시 회송 받아 아직 남아 있는 문제에서 건강을 회복할 수 있도록 돕거나 그 환자에게 새롭게 생긴 흔한 건강 문제를 해결해 주면 좋을 것이다. 이 단계까지 나아가려면 환자가 한 의료 기관을 꾸준히 이용하고 의사도 그 환자의 건강 문제를 지속적으로 살필 수 있어야 한다. 즉 환자-의사 관계의 지속성이 중요하다.

일차의료와 병원 의료의 역할을 적절하게 분담하면서도 의원급 의료 기관이 의료 이용의 좋은 안내자 역할을 하려면 의료 제공 체계가 어떤 방향으로 바뀌어야 할까? 결국 흔한 건강 문제를 주로 통원 진료라는 수단으로 해결하는 일차의료 기관의 역할과 권한을 강화하는 방향으로 의료 제공 체계를 새로 짜야 한다. 이런 목표에 부합하는 의료 제공 체계는 일차의료 기관에 바탕을 둔 2단계 의료 제공 체계의 꼴을 갖춰야 할 것 같다(표 2).

표 2. 현행 의료 제공 체계와 장래 의료 제공 체계의 기본 구조

| 현재의 의료 제공 체계(건강보험) | 장래의 의료 제공 체계 |
|--------------------------|---------------------------|
| 1단계 종합전문요양기관 외의 의료 기관 | 1단계 의원급 의료 기관 |
| 2단계 종합전문요양기관 | 2단계 의원급 의료 기관 외의 의료 기관 |

오늘날 의료 제공 체계에 대한 우리의 관념은, 의료 서비스 시스템의 조직이라는 문제를 다루면서 의료 서비스 수준을 ‘primary health centres’, ‘secondary health centres’, ‘teaching hospitals’ 로 구분한 도슨 보고서의 영향을 크게 입은 것으로 보인다(Starfield, 1998 ; Lord Dawson of Penn, 1920). 또 한국의 보건학 관련 문헌에서 되풀이하여 소개된 ‘1차-2차-3차’ 라는 표현이나 도식은(Kleczkowski et al, 1984) 필요한 경우 1차를 거쳐 2차에, 2차를 거쳐 3차에 이르는 것이 합리적인 의료 이용인 것처럼 비치게 하였다(임금자, 2010).

그러나 도슨 보고서도 세계보건기구의 문헌도 실제로는 위와 같은 인식을 바탕으로 의료 제공 체계를 말하지는 않았다. 의학적 불확실성 때문에 불가피한 일부의 경우를 제외한다면 일차의료 기관이 정확한 의료 이용 안내를 통하여 환자들은 2차 수준의 의료기관에서 진료를 받거나 2차 의료기관을 거치지 않고 3차 의료기관에서 진료를 받는 것이 효율적일 것이다(그림 2).

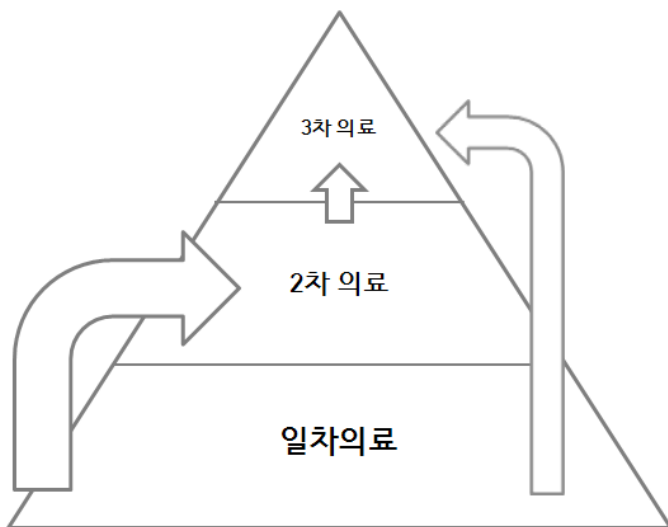


그림 2. 장래의 의료 전달 체계의 모식도
(글자와 화살표 크기는 각 요소의 양을 반영한다.)

현재의 건강보험 요양 급여 이용 절차는 의원급 의료 기관뿐 아니라 종합전문요양기관이 아닌 병원급 의료 기관도 일차의료 기관 노릇을 할 수 있도록 허용하고 있다. 그러나 이것은 여러 면에서 효율적이지 못하다. 병원급 의료 기관은 입원 환자 진료를 위한 인력과 시설, 장비 등을 갖추어야 하나 통원 진료에는 그만큼의 의료 자원이 필요하지 않다. 병원이 통원 및 입원 진료를 ‘원스톱(one-stop)’으로 해결할 수 있다는 장점을 내세울지 모르나 전체 국민이 쉽게 갈 수 있을 만큼 병원이 충분하지 않다면 현재의 상황처럼 병원급 의료 기관과 의원급 의료 기관이 서로 기능이 분화되지 않은 채 경쟁하는 상태에 이르게 되는 것이다.

따라서 원칙적으로, 궁극적으로 의원급 의료 기관에서는 입원 진료 기능을, 병원급 의료 기관에서는 통원 진료 기능을 대폭 축소하는 것이 필요하다. 따라서 입원 환자를 주로 진료하는 병원급 의료

기관을 종합전문요양기관 등과 함께 2단계 요양 급여를 받을 수 있는 의료 기관으로 분류하는 것이 바람직하다.

(2) 정책 대안

이하에서는 의료 제공 체계를 확립하고 일차의료를 활성화하기 위하여 실행해야 할 정책 대안들을 제시하려고 한다. 이 대안들은 바로 실행할 수 있을 만큼의 구체성을 띤 것은 아니다. 그렇게 하려면 각 정책 대안을 더 구체화하는 작업이 필요하다. 또 정책 결정 과정을 거쳐 그 작업 결과를 최종적인 정책으로 확정해야 한다.

그러나 필자는 이하의 제안이 진지한 검토 대상인지 여부를 판단할 수 있을 정도의 구체성은 띠고 있다고 본다. 이들 정책 대안은 단기와 중기, 장기로 구분하여 제시할 것이다. 이러한 구분은 정책 형성부터 정책 평가에 이르는 일련의 정책 결정 과정에 소요되는 시간을 기준으로 삼았으나 구체적 기준으로서 1년, 5년, 10년은 임의적으로 정한 시간이다.

① 단기 정책 방안(1년 내외)

의료 전달 체계 정립 노력이 논의에 그치지 않으려면 법이나 제도, 이해 당사자의 행태의 급격한 변화를 초래하지 않으면서도 변화의 출발점으로 삼을 수 있는 단기적인 정책이 필요하다. 따라서 단기 정책은 기존의 법과 제도에 바탕을 두면서도 관련 이해 당사자들이 비교적 쉽게 합의할 수 있는 것이어야 한다. 이 연구에서는 단기 정책으로 다음 두 가지를 제시한다.

- 첫째, 실효성 있는 환자 의뢰 및 회송 절차 확립
- 둘째, 의료 기관 기능 정립을 위한 수가 및 본인 일부 부담금 수준의 조정

실효성 있는 환자 의뢰 및 회송 절차 확립

종합전문요양기관이 아닌 의료 기관에서의 환자 의뢰가 의학적인 타당성이 결여된 채 종합전문요양 기관에 이르는 단순 청구 노릇을 하고 있는 현실을 바꿀 필요가 있다. 이를 위해서는 요식 절차에 그치고 있는 건강보험 등의 진료 의뢰의 실효성을 높이는 방안이 필요하다. 구체적인 방안으로 세 가지를 제시한다.

- 첫째, 진료 의뢰서의 유효 기간 또는 사용 횟수 제한
- 둘째, 진료 의뢰서의 유상 발급
- 셋째, 의뢰된 환자 진료 후 회송 의무화

먼저 진료 의뢰서의 유효 기간 및 횟수에 제한을 두는 문제를 생각해 보자. 의료계는 현행 건강보험의 환자 의뢰 방식이 무분별한 상급 의료 기관 이용을 초래하고 있다는 현실 인식을 갖고 있다. 그래서 의료 제공 체계 정립 방안의 하나로 진료 의뢰서 기한 설정과 사용 횟수 제한을 제시하고 있다(임금자, 2010). 물론 이러한 반응은 의료인들의 경험에 바탕을 두고 있다. 사실을 뒷받침할 수 있는 뚜렷한 실증적 근거나 조사 결과가 있는 것은 아니다. 종합전문요양기관 초진 환자 규모를 파악하여 환자 의뢰의 규모를 대략적으로 파악할 수 있겠지만 진료 의뢰서를 매개로 이루어지는 환자 의뢰의 성격과 양상을 평가하기는 어렵다.

[별지 제4호서식] (앞 면)

| 요양급여의뢰서 | | | | |
|--|---------------|--------|------------|-------------|
| 건강보험증번호(사업장기호) | | | | |
| 가입자 또는 세대주 | 성명 | | 주민등록(관리)번호 | |
| 환자 | 성명 | | 주민등록(관리)번호 | |
| 주소 | (전화 :) | | | |
| 상병명 | | 상병분류기호 | | |
| 진료기간 | . . . ~ . . . | | 진료구분 | 1. 입원 2. 외래 |
| 환자상태 및 진료소견 (구체적으로 기술) | (뒷면 계속) | | | |
| 국민건강보험요양급여의기준에 관한규칙 제6조제3항의 규정에 의하여 위와 같이 요양급여를 의뢰합니다. | | | | |
| 년 월 일 | | | | |

그림 3. 요양급여의뢰서 서식

출처 : 국민건강보험 요양급여 기준에 관한 규칙, 2009년 12월 1일 시행.

의학적인 견지에서 볼 때 진료 의뢰서의 반복 사용은 위험하거나 적절하지 않은 것임은 틀림없다. 의료 기관은 능력껏 최선을 다하여 환자를 진료해야 하며 오직 의학적 견지에서 판단하여 상급 의료 기관에서의 진료가 필요할 때 환자를 의뢰하는 것이 맞다. 경우에 따라 환자의 상태가 달라질 수 있으므로 의료인의 진료 결과에 따라 적시에 의뢰가 이루어져야 하며 비전문가인 일반인이 임의로 진료 의뢰서를 활용하는 것은 해로운 면이 더 크다. 그러나 현행 건강보험 요양급여의뢰서에는 이것을 제한할 수 있는 근거가 없다(그림 3). 이렇게 본다면 합리적인 수준에서 진료 의뢰서의 유효 기간을 정하거나 사용 횟수를 제한하는 것이 바람직할 것이다.

앞서 언급한 바 있지만 의료급여 제도에서는 이에 관한 사항이 시행 규칙에 명시되어 있다. 즉 앞서 보았듯이 의료급여법 시행 규칙 제3조 제3항은 의료급여 의뢰서의 '유효 기간'을 7일로 정하고

있다(의료급여법 시행 규칙, 2009). 건강보험의 경우에도 국민건강보험 급여 기준에 관한 규칙을 개정하여 비슷한 조항을 삽입할 수 있을 것이다. 물론 의료급여 의뢰서 서식에도 유효 기간을 명시하는 난이 없는데 건강보험과 의료급여 모두 처방전의 사용 기간 기재란 같은 것을 진료 의뢰서 서식에 포함시킬 수 있겠다(그림 4).

[별지 제9호서식]

| 처방전 | | | | | | | | | |
|---|-------------|-----------|----------|------------------------|--------------------------------|------|--|-------|--|
| <input type="checkbox"/> 건강보험 <input type="checkbox"/> 의료급여 <input type="checkbox"/> 산업재해보험 <input type="checkbox"/> 자동차보험 <input type="checkbox"/> 기타() | | | | | | | | | |
| 요양기관기호: | | | | | | | | | |
| 발급 연월일 및 번호 | | 년 월 일-제 호 | | | 의 명칭 | | | | |
| 환 자 | 성명 | | - | | | 전화번호 | | () - | |
| | 주민등록번호 | | | | | 팩스번호 | | | |
| 질병 분류 기호 | | | | | 처방 의료인의 성명 (서명 또는 날인) | 면허종류 | | | |
| | | | | | | 면허번호 | | 제 호 | |
| ※ 환자가 요구하면 질병분류기호를 적지 아니합니다. | | | | | | | | | |
| 처방 의약품의 명칭 | | 1회 투약량 | 1일 투여 횟수 | 총 투약일수 | 용법 | | | | |
| | | | | | 대 식(적. 간 후) 시 분 복용 | | | | |
| | | | | | 조제 시 참고 사항 | | | | |
| 주사제 처방명세(원 내 조제 <input type="checkbox"/> , 원 외 처방 <input type="checkbox"/>) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 사용기간 | 발급일부터 ()일간 | | | 사용기간 내에 약국에 제출하여야 합니다. | | | | | |

그림 4. 처방전 서식 중 사용 기간 기재란
(붉은색 선으로 표시된 부분)

출처 : 의료법 시행 규칙, 2010년 1월 31일 시행.

둘째, 진료 의뢰서를 유상으로 발급하는 것을 고려할 수 있다. 여기에서 짚고 넘어가야 할 점은 ① 진료 의뢰를 의료 행위로 볼 것인지 ② 행위별 수가제를 전제한다면 진료 의뢰 또는 진료 의뢰서 발급에 수가를 매기는 것이 타당한지 등이다.

먼저 진료 의뢰가 의료 행위임은 분명한 것으로 보인다. 진료 의뢰는 환자의 증상과 병력에 대한 청취, 증후 관찰과 진찰, 검사 등을 통하여 얻은 진단 결과를 바탕으로 취할 수 있는 다양한 치료적 방침의 하나로 보아야 할 것이다. 진단에 이은 치료 방침은 단순 경과 관찰이나 휴식과 안정, 운동, 식이 요법 같은 비약물적 처방일 수도 있고 약물 처방이나 수술, 입원 진료일 수도 있겠다. 만약 처음 환자를 진료를 의료 기관이나 인력이나 시설, 장비가 부족하여 환자를 적절하게 진료할 수 없다면 마땅히 환자

를 다른 의료 기관에 의뢰해야 할 것이다. 이러한 환자 의뢰는 적절한 치료를 위한 의학적 의사 결정이라는 점에서 비약물적 처방, 약물 처방, 수술 등과 마찬가지로 하나의 의료 행위임이 분명하다.

환자 의뢰가 의료 행위이고 이것이 의학적 의사 결정을 바탕으로 진료 의뢰서를 발급하는 구체적인 행위라면 행위별 수가제하에서 일정 수준의 수가를 매기는 것이 정당화될 수 있다. 마치 약물 처방이라는 의료 행위가 처방전 발급으로 근거를 남기고 이에 대하여 처방료를 매기는 것처럼 진료 의뢰 행위에 대해서도 '의뢰료'라는 명목으로 수가를 매기는 것이 논리적으로 하자가 있다고 볼 수 없다.

진료 의뢰서 발급을 유상으로 하는 것은 두 가지 부가적인 이득이 있다. 하나는 진료 의뢰가 형식적인 데에서 벗어나 실질적 의뢰가 이루어지는 계기가 될 수 있다는 점이다. 진료 의뢰 행위에 적절한 수가를 매긴다면 의사의 진료 의뢰가 조금 더 책임감 있게 이루어질 것이라는 기대다. 또 이것은 환자 회송의 활성화를 기할 수 있는 바탕으로서 기능할 것이다. 물론 실제로 책임감 있고 실질적인 진료 의뢰가 이루어지려면 의료계의 자발적 노력과 서식의 개선 등이 뒤따라야 한다.

다른 하나는 환자 의뢰의 적절성을 평가할 수 있는 근거를 마련할 수 있다는 점이다. 진료 의뢰 수가가 정해지면 의료기관은 진료 의뢰 행위료를 청구하게 되고 이것은 보험자의 입장에서는 의뢰의 적절성을 판단할 수 있는 근거가 된다. 즉, 현재 환자 의료의 규모만을 간접 추정하는 데에서 나아가 환자 의료의 성격과 양상을 평가하여 그 적절성을 판단하고 의료 전달 체계의 미시 조정을 가능케 하는 바탕을 마련할 수 있다는 것이다. 이 단계에 이르면 조금 더 근거 있는 정책적 의사 결정이 가능할 것으로 기대한다.

셋째, 의뢰 환자의 회송을 의무화하는 방안을 검토해 보자. 주지하다시피 상급 의료기관으로 의뢰된 환자가 가능한 적절한 진료가 끝난 후에도 지속적으로 의뢰된 의료기관에서 통원 진료를 받는 경우가 적지 않다(이 또한 실증적 근거가 있다기보다는 경험적 판단에 따른 평가다.). 만약 환자를 의뢰한 의료 기관에서 충분한 관리가 가능하더라도 상급 의료기관을 이용한다면 이것은 환자 개인적으로도, 시스템 전체적으로도 낭비적 요소라고 할 수 있다. 또 환자를 의뢰받은 의료 기관이 환자를 의뢰한 의료 기관에 진료 결과를 통보하는 것이 회송을 위해서도 바람직하다. 만약 지속 치료의 사유가 있다면 그것을 기록하고 환자를 의뢰한 의료 기관과 협의토록 하거나 승인을 받도록 하는 방안을 고려할 수 있다. 대만의 경우 비슷한 제도가 운용되고 있음을 참고하여 구체적인 실행 방안을 개발할 수 있으리라 본다(표 3).

표 3. 대만의 의료 체계에서 의뢰와 회송

대만에서는 의료기관이 기층 진소(基層診所), 지역 의원(地域醫院, district hospital), 구역 의원(區域醫院, regional hospital), 의료 센터(醫學中心, medical center)로 구분된다. 이러한 구분에 따라 기층 진소를 제외한 상급 의료기관에는 전진(轉診, 진료 의뢰)이 있어야 진료가 가능하며, 이를 환자 본인 부담금에 반영한다(20%→30%→40%→50%로 상향 조정).

환자의 전진을 의뢰 받은 의료기관은 일정 기간(외래의 경우 3일, 입원의 경우 14일) 이내에 의뢰 기관에 전진 결과를 통보하도록 하고 있으며 의뢰 받은 환자를 계속 치료하기 위해서는 그 사유를 기록한 계속치료단(繼續治療單, continuing treatment note)을 작성해야 하는데 그 경우에도 유효 기간은 1개월을 초과할 수 없도록 하고 있다.

수가 및 본인 일부 부담금 수준의 조정

의원급 의료 기관은 주로 통원 진료를, 병원급 의료 기관은 주로 입원 진료를 맡는 식의 역할 분담, 즉 의료 기관 종류별 기능을 정착시키려면 어떤 정책 수단을 사용해야 할까? 아마도 현실적인 정책 수단은 법이나 행정을 통한 제도적 접근과, 경제적 유인 구조를 활용하는 접근 방법이 있을 것이다. 그중 우선적으로 고려해야 할 것은 당연히 경제적 유인 구조를 활용하는 것이다. 즉, 일차의료 가 통원 진료에, 병원 의료가 입원 진료에 주력하는 것이 이익이 되도록 의료 기관과 환자의 유인 구조를 변화시키는 것이 필요하다. 먼저 현황을 살펴보자.

표 4. 국민건강보험의 요양기관 종별 가산율

| 요양기관 종류 | 가산율 |
|---|-----|
| 종합전문요양기관 종합전문요양기관에 설치된 치과대학 부속 치과병원 종합전문요양기관에 설치된 특수 전문병원 | 30% |
| 종합전문요양기관을 제외한 종합병원 종합전문요양기관에 설치된 경우를 제외한 치과대학 부속 치과병원 30병상 이상이고 한방 6개 과가 설치된 한의과대학 부속 한방병원 국립병원 한방 진료부 | 25% |
| 병원 위에 해당하지 않는 치과병원 위에 해당하지 않는 한방병원 요양병원 | 20% |
| 의원 치과의원 한의원 보건의료원 | 15% |
| 약국 및 한국희귀의약품센터 조산원, 보건소, 보건지소, 보건진료소 의료법 제35조에 의한 부속 의료기관 | - |

출처 : 건강보험심사평가원, 2010.

우선 건강보험의 행위별 수가 구조를 개략적으로 살펴보자. 우리나라 건강보험 수가의 기본 골격은 행위별 단일 수가와 의료기관 종별 가산율의 곱으로 요약할 수 있다. 의료 기관 종류에 관계없이 동일한 의료 행위의 수가는 같다. 다만 의원급 의료 기관의 가산율은 상대적으로 낮고 병원급 의료 기관의 가산율은 상대적으로 높다. 병원급 의료 기관 안에서도 병원 쪽으로 갈수록 가산율이 낮고 종합전문요양기관 쪽으로 갈수록 가산율이 높다. 또 가산율은 통원 진료 부문과 입원 진료 부문에 공히 적용된다(표 4). 다만 진찰료, 입원료 등, 의약품 관리료, 가정 간호 기본 방문료 등 기본 진료료에는 요양기관 종별 가산율을 곱하지 않는다.

한편, 본인 일부 부담금의 구조는 입원 진료와 통원 진료가 다르다. 입원 진료의 본인 일부 부담금

산정 방식은 간단하다. 요양 급여 비용 총액의 20%가 본인 일부 부담금으로 산정된다. 통원 진료의 본인 일부 부담금 산정 방식은 다소 복잡하다. 의료 기관 종류, 의료 기관 소재지, 의약 분업 예외 지역 여부, 환자의 연령 등이 본인 일부 부담금 산정 시 변수로 고려된다. 그중 중요한 변수는 의료 기관 종류다. 종합전문요양기관 쪽으로 갈수록 요양 급여 비용 총액에서 본인 일부 부담금이 차지하는 비율이 커지고 의원급 의료 기관이나 보건 기관 쪽으로 갈수록 그 비율이 작아진다(그림 5).

| 기관종별 | 소재지 | 환자구분 | 본인부담액 |
|-------------------------------|-------|--------------|---|
| 종합전문 요양기관 | 모든 지역 | 일반환자 | 진찰료총액 + (요양급여비용총액-진찰료총액)×60/100 |
| | | 의약분업 예외환자 | 진찰료총액 + (요양급여비용총액-약가총액-진찰료총액)×60/100 + 약 가총액×30/100 |
| 종합병원 | 동지역 | 일반환자 | 요양급여비용총액×50/100 |
| | | 의약분업 예외환자 | (요양급여비용총액-약가총액)×50/100 + 약가총액×30/100 |
| | 읍면지역 | 일반환자 | 요양급여비용총액×45/100 |
| | | 의약분업 예외환자 | (요양급여비용총액-약가총액)×45/100 + 약가총액×30/100 |
| 병원, 치과병원, 한방병원, 요양병원 | 동지역 | 일반환자 | 요양급여비용총액×40/100 |
| | | 의약분업 예외환자 | (요양급여비용총액-약가총액)×40/100 + 약가총액×30/100 |
| | 읍면지역 | 일반환자 | 요양급여비용총액×35/100 |
| | | 의약분업 예외환자 | (요양급여비용총액-약가총액)×35/100 + 약가총액×30/100 |
| 의원, 치과의원, 한의원, 보건의료원 | 모든지역 | | 요양급여비용총액×30/100(요양급여를 받는 자가 65세 이상인 경우에는 요양급여비용총액이 보건복지가족부령으로 정하는 금액을 넘지 마 니하면 보건복지가족부령으로 정하는 금액) |
| 보건소, 보건지소, 보건진료소 | 모든지역 | | 요양급여비용총액×30/100(요양급여비용총액이 보건복지가족부령으로 정하는 금액을 넘지 아니하면 보건복지가족부령으로 정하는 금액) |

그림 5. 국민건강보험 통원 진료의 본인 일부 부담금
(국민건강보험공단, 2010)

건강보험의 종별 가산율은 의료 기관의 규모가 클수록 지불되는 진료비의 절대 액수도 커지는 방향으로 설계되어 있다. 그런데 이러한 종별 가산율이 입원 진료뿐 아니라 통원 진료에도 그대로 적용된다. 수가 수준만 놓고 보면 대형 의료 기관이 입원 진료 부문뿐 아니라 통원 진료 부문을 확대하거나 유지하는 유인으로 작용하게 된다. 이것을 보완하는 것이 의료 이용자 쪽을 겨냥한 본인 일부 부담금의 유인 구조다. 의료 기관의 규모가 클수록 본인 일부 부담금도 커지도록 되어 있어 상급 의료 기관 이용에 대한 경제적 장벽을 높게 설치한 셈이다. 그러나 입원 진료 본인 일부 부담금 비율은 20%로 동일하다. 사정이 이러하므로 의원급 의료 기관이 주로 통원 진료를, 병원급 의료 기관이 주로 입원

진료를 담당하는 방향으로 의료 제공 체계를 변화시키려면 두 가지 변화가 필요하다(표 5).

첫째, 통원 진료 부문과 입원 진료 부문에 요양 기관 종별 가산율을 달리 적용하여 통원 진료는 의원급 의료 기관이, 입원 진료는 병원급 의료 기관이 이익을 보는 방향으로 바뀌어야 한다. 즉, 의원급 의료 기관의 통원 진료 수가와 병원급 의료 기관의 입원 진료 수가를 현행보다 높이는 방향으로 가산율을 조정하는 것이다. 이렇게 되면 의원급 의료 기관은 상대적으로 손해를 보는 입원 진료 부문을 줄이게 되고 병원급 의료 기관 역시 통원 진료 부문을 줄이는 방향으로 변화할 수 있다.

둘째, 통원 진료의 본인 일부 부담금 수준의 요양 기관 종별 격차가 커지고 의원급 의료 기관의 입원 진료의 본인 일부 부담금 비율이 커지는 방향으로 본인 일부 부담금 수준을 조정한다. 통원 진료 부문은 이미 본인 일부 부담금 수준이 요양 기관 종별로 다르다. 핵심은 그 격차를 더 늘려 의료 이용자들의 비용 의식을 높이는 것이다. 입원 진료의 경우 상급 의료 기관의 입원 진료 수가가 종별 가산율 개편으로 지금보다 높아지더라도 본인 일부 부담금 비율을 낮춘다면 병원급 의료 기관에서 입원 진료를 받으려는 유인이 더 강하게 작용할 것이다.

표 5. 의원급 및 병원급 의료기관 수가와 본인 일부 부담금 조정의 기본 방향

| | 통원 진료 | 입원 진료 |
|----------|---------------------|---------------------|
| 의원급 의료기관 | 수가 ↑ 본인 일부 부담금 ↓ | 수가 ↓ 본인 일부 부담금 ↑ |
| 병원급 의료기관 | 수가 ↓ 본인 일부 부담금 ↑ | 수가 ↑ 본인 일부 부담금 ↓ |

그런데 이상의 의료 수가 및 본인 일부 부담금 조정 방향과 관련하여 몇 가지 사항을 반드시 고려해야 한다.

첫째, 의학적으로 타당한 상급 의료 기관의 통원 진료에 대한 접근성을 보장하는 문제가 있다. 위에서 설명한 바대로 상급 의료기관의 본인 일부 부담금 수준을 높이면 상급 의료 기관에서 통원 진료가 필요한 환자들의 의료 접근성을 저해할 수 있다. 이 문제는 환자를 의뢰한 기관과 환자를 의뢰 받은 기관과의 지속 진료에 대한 협의와 승인 같은 내적 기전을 통해 보완하거나 건강보험심사평가원의 사전 또는 사후 승인 같은 외적 절차를 통해 보완할 필요가 있을 것이다.

둘째, 정책에 대한 의료 기관의 반응에 따라 추가 유인을 제공하는 방안을 생각할 수 있다. 이 정책이 추구하는 목표인 일차의료와 병원 의료의 역할 분담에 부응하여 통원 진료 부문을 줄이는 병원급 의료 기관이나 병상을 줄이거나 폐쇄하는 의원급 의료 기관에 대하여 한시적으로 추가 유인을 제공하는 것이다. 이때 일부 의료 기관이 거짓으로 이득을 취할 개연성을 따져보는 것이 필요하다. 또 의원급 의료 기관의 병상 감축 또는 폐쇄, 병원급 의료기관의 통원 진료 부문 축소에 대한 역진 금지 조치가 함께 강구되는 것이 필요하다.

셋째, 요양 기관 종별 가산율을 조정할 때 종별 가산율과 연계된 여러 정책들을 한데 모아 검토해야 한다. 바로 위에서 언급한 한시적 추가 유인을 요양기관 종별 가산율의 기관 단위 미세 조정을 통

해 제공하는 방안을 생각할 수 있다. 지난 몇 년간 의료의 질 향상, 의료 기관 평가 등에 관심이 커지면서 요양 기관 종별 가산율과 의료의 질을 연계하자는 주장이 제기되어 왔고(박동준, 2004 ; 홍성익, 2006 ; 김은경 등, 2007) 이른바 ‘가감 지급 시범 사업’이라는 이름으로 성과 기준 진료비 지불 (pay for performance, P4P) 사업을 시범적으로 시행하고 있다(건강보험심사평가원, 2009). 이때 서로 다른 정책 목표를 요양기관 종별 가산율과 연계하여 달성하려는 시도를 함께 살펴보아야 한다. 이질적인 정책 목표를 동일한 유인, 즉 가산율 조정을 통해 달성하려다 보면 예상치 못한 결과를 빚을 수 있기 때문이다.

지금까지 논의한 단기 정책을 표 6에 요약하였다.

표 6. 의료 전달 체계 확립을 위한 단기 정책

| 정책 내용 | 구체적 방안 | 비고 |
|-------------------|---|---|
| 환자 의뢰 및 회송 절차 확립 | 진료 의뢰서 유효 기간 설정 또는 사용 횟수 제한 | - 관계 법령(시행규칙) 개정 - 의뢰서 서식 개선 |
| | 진료 의뢰서 유상 발급 | - 실질적 환자 의뢰의 계기 - 환자 의뢰 적절성 평가 근거 |
| | 의뢰 환자의 회송 의무화 | - 의뢰 환자 진료 결과 통보 - 예외 인정 기전 마련 필요 |
| 수가 및 본인 일부 부담금 조정 | 입원 수가는 병원급에 유리하고 통원 수가는 의원급에 유리하게 | - 상급 의료 기관의 통원 진료 필요 시 접근성 보장 |
| | 입원 본인 일부 부담금은 의원급이 높고 통원 본인 일부 부담금은 병원급이 높게 | - 정책 반응에 따른 기관별 한시적 추가 유인 제공 - 가산율 활용 시 여러 연계 정책에 대한 종합 검토 |

② 중기 정책 방안(5년 내외)

의료 제공 체계 확립은 일관성 있는 정책 방향과 꾸준한 정책 노력이 뒤따라야 가능하다. 따라서 단기 정책이 미봉책에 그치지 않기 위해서는 단기 정책의 성과를 바탕으로 의료 제공 체계에 안정성을 부여하는 것이 필요하다. 또 정책 개발과 결정, 실행에 시간이 필요한 것이 있다. 이런 것들을 중·장기 정책으로 분류하였다.

그런데 이런 정책들은 늘 ‘중·장기적 검토’, ‘신중한 검토’의 미명하에 우선순위 정책에서 밀리게 마련이다. 합리적인 정책 접근이 어려워지고 점증주의적 정책만 판을 치게 되어 오히려 의료 제공 체계를 왜곡할 수 있다. 그러므로 중·장기 정책들에 대한 논의와 준비는 단기 정책과 함께 시작되어야 할 것이다. 여기에서는 중기 정책으로 세 가지를 제시한다.

- 첫째, 단기 정책 성과의 법제화
- 둘째, 병상의 신·증설 규제
- 셋째, 주치의 제도 도입

단기 정책 성과 법제화

어떤 정책의 목표를 달성하기 위한 정책 수단에는 여러 가지가 있겠으나 그중 대표적인 것이 법이다. 그런데 정책 수단으로서 법은 때때로 그 보편성과 경직성 때문에 예기치 못한 결과를 초래하기도 한다. 또 정책 여건이 조성되지 않은 상태에서 법적 수단을 우선시하는 것은 법적 실효성을 떨어뜨리고 법을 냉소하는 현상마저 초래할 수 있다고 한다(조형원, 2001).

이런 맥락에서 의료 제공 체계의 법제화³⁾는 단기 정책의 성과를 법적으로 공고화하는 방식으로 하는 것이 바람직할 것이다. 현재는 의료기관의 인력·시설·장비 등에 관한 구체적 기준이 의료법 시행 규칙에 있다. 그러나 의료 기관의 종류를 구분하는 중요한 기준인 병상 규모나 진료 과목 수 등은 법률이 정하고 있다.

표 7. 병원과 진료소를 정의한 일본 의료법 제1조의5

제1조의5 이 법률에서 병원이란 의사 또는 치과의사가 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료업 또는 치과 의료업을 행하는 장소에 20명 이상의 환자를 입원시키기 위한 시설을 갖고 있는 것을 말한다. 병원은 상병자가 과학적으로 입증된 적절한 진료를 받을 수 있는 편의를 갖추어야 함을 주목적으로 조직되어야 하고 운영되어야 한다.

2 이 법률에서 진료소란 의사 또는 치과의사가 공중 또는 특정 다수인을 위하여 의료업 또는 치과 의료업을 행하는 장소에 환자를 입원시키기 위한 시설을 갖추고 있지 않거나 19명 이하의 환자를 입원시키기 위한 시설을 갖고 있는 것을 말한다(일본 의료법, 2008).

그러므로 단기 정책인 수가와 본인 일부 부담금 수준의 조정으로 병상을 줄이거나 폐쇄한 의원급 의료 기관의 크게 늘었다면 의료법을 개정하여 의원급 의료 기관의 정의에 '몇 병상 미만의 (관찰) 병상 보유' 등의 기준을 포함할 수 있을 것이다. 예컨대 일본은 의료법 제1조의5에서 진료소, 즉 일본의 의원급 의료 기관의 병상 기준을 밝히고 있다(표 7). 한편 일본은 우리나라의 의원에 해당하는 진료소 병상이 2001년 기준 전체 병상의 11.3%를 차지하여 우리나라보다 그 비중이 작다. 진료소의 병상 보유 비율도 18.3%로 우리나라보다 작으며 10병상 이상을 보유하는 경우는 11.1%라고 한다(박기동, 2003).

하지만 병원의 통원 진료 부문의 상한선이나 관련 법령의 규칙에서 정하고 있는 환자 의뢰와 회송에 관한 사항을 법률에서 정할 것인지는 조금 더 검토해야 할 것으로 보인다.

병상 신·증설 규제

병상 신·증설 규제와 의료 제공 체계 확립은 무슨 관계가 있을까? 이 문제에 답하고 해법을 제시

3) 여기에서 말하는 '법제화'란 법률을 제정하는 것을 가리킨다. 시행규칙 등의 법령 개정은 단기 정책에서도 이미 말한 바 있다.

하기 전에 우리나라 병상 자원 현황의 특징을 짚어 보자. 주지하는 바처럼 우리나라의 급성기 병상은 2007년 현재 인구 천 명당 7.1병상으로 OECD 30개 회원국 중 일본(인구 천 명당 8.2병상) 다음으로 많다. 또 OECD 30개 회원국 평균 인구 천 명당 3.8병상의 두 배에 가까운 수준이다. 지난 10년간 OECD 회원국 중 터키와 함께 유일하게 병상이 늘어난 나라이기도 하다. 그나마 터키의 병상 수준은 인구 천 명당 2.7병상으로 OECD 평균 수준에 미치지 못한다(그림 6). 또 급성기 병상의 평균 재원 기간은 2003년 현재 10.6일로서 이 역시 일본(20.7일) 다음으로 가장 긴 반면 병상 이용률(occupancy rate)은 71.6%로 OECD 25개 회원국 평균 75.2%에 미치지 못한다(OECD, 2009). 이는 글로벌 스탠더드에 비추어 우리나라 병상 자원 정책에 무엇인가 문제가 있음을 시사한다.

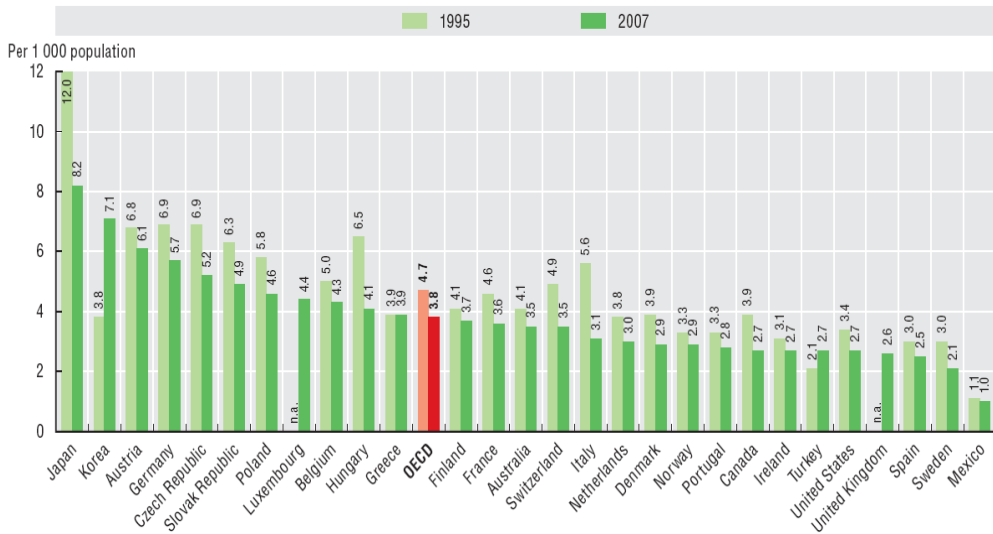


그림 6. 인구 천 명당 급성기 병상 수
출처 : OECD, 2009

게다가 최근 들어서도 수도권 병원을 중심으로 지속적으로 병상이 증설되고 있는 형편이다. “향후 2011년까지는 약 1만 3,728병상이 더 늘어날 것으로” 전망되고 있으며 이러한 병상 증가를 서울아산 병원, 연세의대 세브란스병원, 삼성서울병원, 서울대병원, 서울성모병원 등 이른바 ‘Big 5’ 병원들이 주도하고 있다고 한다. 더욱이 “이들 빅5 병원의 최종 목표는 외래 진료도 확장해 전문성과 규모를 모두 확보한 병원으로 거듭나는 것”으로 알려져 있다(홍성익, 2009). 3차 의료 기관인 이들 대학 병원 간에도 치열한 경쟁이 일어나고 있는 것이다.

이와 같은 양상은 우리나라 의료 시스템의 거시적 비효율성을 초래하는 것으로 볼 수 있다. 병상 과잉은 유인 수요(induced demand) 창출로 이어져 비효율성을 초래한다. 상급 종합 병원이 그를 제외한 종합 병원이나 병원의 입원 수요를 흡수하고 종합 병원이나 병원이 의원의 입원 수요를 흡수할 개연성이 있다. 이렇게 되면 특히 입원 진료를 주로 맡을 일부 종합병원과 병원, 즉 이른바 중소 병원의 경영이 어려워질 수밖에 없고 중소 병원은 통원 진료 부문이나 일차의료 적합 질환 진료량을 큰

비중으로 유지하게 된다. 이것이 일차의료 기관의 경영에 영향을 미칠 것임은 분명하다.

한편 병상 과잉에 따른 유인 수요 창출을 뒷받침하기 위해서는 입원 통로로서 통원 진료 부분의 확장이 불가피하다. 거꾸로, 확장된 통원 진료 부문 때문에 큰 병원들은 환자를 일차의료 수준으로 회송하지 않고 유지하려는 관성이 생길 수 있다. 이것은 일차의료 기관 경영상의 취약성을 야기하는 중요한 요인일 수 있다.

요컨대, “보건의료 체계 수준의 분배적 비효율(allocative inefficiency)이 개별 의료 기관 단위의 기술적 비효율성(technical inefficiency)을 낳는 구조적 요인이 되고 다시 전체 국민 의료비를 상승시키며 보건의료 체계 전체의 비효율을 낳는 악순환의 고리를 형성”하게 된다는 것이다(도영경 등, 2002). 이는 의료 제공 체계의 기반과 중간 단계의 취약성을 야기한다. 병상 신·증설이 의료 제공 체계와 관계를 맺는 것은 바로 이 지점이다.

표 8. 지역별 의료기관 개설 허가 제한 등에 관한 규칙의 제정 이유와 주요 내용

제정 이유

의료법 제30조 제4항 제1호의 규정에 의하여 지역별 소요 병상 수에 따른 의료 기관의 개설 허가 제한에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 의료 기관의 적정한 배치와 효율적 이용으로 의료 혜택을 고르게 입게 하여 국민 보건 향상에 기여하려는 것임.

주요 내용

- 가. 전국을 진료권역별로 병원급 이상 의료 기관 개설의 금지 지역·제한 지역 및 권장 지역으로 구분하여 고시함.
- 나. 의료 기관 개설 금지 지역에 병원급 이상 의료 기관의 개설 허가를 하지 아니하도록 함.
- 다. 시·도지사가 의료 기관 개설 제한 지역에 의료 기관의 개설 허가를 하고자 할 때에는 보건사회부장관의 승인을 얻도록 함.
- 라. 의료 기관 개설 권장 지역에 신설 또는 증설하는 의료 기관에 대하여는 의료 장비의 구입알선, 예산의 범위 안에서 운영비 일부의 지원 기타 필요한 지원을 할 수 있도록 함.

출처 : 지역별 의료기관 개설 허가 제한 등에 관한 규칙, 1985년 1월 18일 시행

도영경 등(2002)에 따르면 우리나라에도 병상의 총량적 과잉 공급을 규제하는 조치가 있었다고 한다. ‘지역별 의료기관 개설 허가 제한 등에 관한 규칙’이 그것인데(표 8) 이것은 병상 억제 자체보다는 민간 부문 병상 확충이 도시 지역에 치우치는 것을 막기 위한 조치였다고 한다. 그러나 1993년 의료 기관 개설 허가권을 시·군·구에 이관하고 종합병원 병상 신·증설의 사전 신고제를 사후 보고제로 전환하는 변화가 있었고, 2000년 “소요 병상을 초과한 지역에 대하여 의료 기관 개설 허가를 제한하는 것은 의료업의 자유로운 경쟁을 제한하는 문제가 있어 행정규제기본법에 의한 규제 정비 계획과 의료법의 개정에 따라(지역별 의료 기관 개설 허가 제한 등에 관한 규칙, 2000)” 지역별 의료 기관 개설 허가 제한 등에 관한 규칙이 폐지되었다. 그 후 건강보험 재정 위기가 불거지면서 국민건강보험재정건전화 특별법이 제정되면서 제13조에 병상 수급 계획의 수립 등에 관한 사항을 정하였으

나 보건복지부 장관의 권한은 병상 수급 계획의 조정 권고에 그치게 되었다(국민건강보험재정건전화 특별법, 2002). 2005년에는 특별법 13조 규정에 따라 필요한 사항을 정하기 위하여 ‘병상 수급 계획의 수립 및 조정에 관한 규칙’을 제정하였는데 2008년에 이르러 근거 법률이 특별법에서 의료법으로 변경되었다(표 9).

우리나라의 급성기 병상이 과잉 상태에 있다는 것은 이미 십여 년 전부터 지적되어 왔다. 1998년 이미 이러한 진단이 나왔고(한국보건 의료관리연구원, 1998 ; 도영경 등, 2002에서 재인용) 5년 후 이루어진 연구에서도 병상 과잉, 특히 수도권 병상 과잉 문제가 지적된 바 있다(이신호 등, 2003) 또 표 9에서 본 바처럼 관련 정책 논의나 결정이 전혀 없었던 것도 아니다. 여러 차례 병상 억제에 대한 정책 의지를 피력한 바도 있었다(도영경 등, 2002). 그러나 병상 현황과 추이에서 살펴본 바처럼 우리나라 병상 관리 정책은 대체로 실패하였다고 볼 수 있다. 이 때문에 최근 의료 제공 체계 논의에서도 수도권 대형 병원 증설 억제나 병상 공급 통제 등이 대안의 하나로 제시되는 것이다(이신호, 2009).

표 9. 병상 억제 관련 정책의 연혁

| | |
|-------|---|
| 1985년 | 지역별 의료기관 개설 허가 제한 등에 관한 규칙 제정 |
| 1993년 | 의료기관 개설 허가권 시·군·구 이관, 종합병원 병상 신·증설 사전 신고제의 사후 보고제 전환 |
| 2000년 | 지역별 의료기관 개설 허가 제한 등에 관한 규칙 폐지 |
| 2002년 | 국민건강보험 재정 건전화 특별법 제정 |
| 2005년 | 병상 수급 계획의 수립 및 조정에 관한 규칙 제정 |
| 2008년 | 병상 수급 계획의 수립 및 조정에 관한 규칙의 근거 법률이 의료법으로 전환 |

출처: 도영경 등, 2002.

이와 관련하여 몇 가지 사항을 지적하고 싶다.

첫째, 병상 신·증설 규제 문제가 하루빨리 다시 논의되어야 한다. 2009년 6월 15일치 디지털보사에 따르면 2011년까지 수도권에만 약 1만 4,000병상이 더 늘어날 예정이라고 한다. 또 1998년과 2003년 두 차례의 병상 자원 연구를 통해 병상 과잉 판정이 내려진 바 있다. 병상 신·증설 규제를 중기 정책으로 제안하는 것은 문제가 시급하지 않다는 것이 아니라 규제의 효과가 나타나기까지 시간이 필요하다는 의미일 뿐이다. 더 늦기 전에 이에 대한 논의를 재개해야 한다.

둘째, 법령이 정한 바에 따라 병상 수급 계획을 수립해야 한다. 의료법과 병상 수급 계획의 수립

및 조정에 관한 규칙은 정부가 병상 수급 기본 시책을 수립할 것을 정하고 있다. 그러나 우리는 정부에 이러한 기본 시책이 있는지, 법령이 정한 바에 따라 지역 병상 수급 계획이 수립된 적이 있는지, 정부가 지역 계획을 평가하여 시·도지사에게 조정을 권고한 적이 있는지 의심스럽다. 급성기 병상 수급에서 나타났던 이러한 문제가 최근 요양병원에서도 나타나고 있다. 이제는 정부가 과거의 경험에서 교훈을 얻어야 하지 않을까(김상기, 2010).

주치의 제도 도입

1994년,⁴⁾ 의료 정책의 장에서 처음 논의된 후 주치의 제도는 시범 사업의 경험조차 없는 채로 의료계 안팎의 논란만 거듭한 대표적인 사례로 꼽힌다. 주치의 제도의 이론적 유용성에 대한 공감대는 있는 것으로 보이나(유승흠 등, 2000) 최근 의료 제공 체계 논의에서도 주치의 제도 도입에 대한 정부 안이 없는 가운데에서도 제도 도입에 대한 찬반 논란이 일었다.

그럼에도 불구하고 그간 여러 차례 주치의 제도 실행 방안에 대한 구체적 논의나 연구가 이루어진 것 또한 부인할 수 없는 사실이다. 유승흠 등(2000)은 전통적인 단독 개원 주치의 모델의 실행 방안을 제시하였고 이재호 등(2009)은 만성질환 관리에 초점을 맞춘 주치의 제도 실행 방안을 연구하였다. 그 외에도 자발적인 시범 사업안을 제시한 전철수(1999), 진료비 지불 제도와의 관련성 속에서 주치의 제도를 다룬 문옥륜 등(2006)의 노력 등이 있었다. 또 만약 주치의 제도가 진지한 정책 검토의 대상이 된다면 기존 연구를 바탕으로 깊이 있는 조사·연구를 따로 해야 할 것이다.

표 10. 주치의 제도 도입의 원칙과 전략

-
- 자발성의 원칙, 선택의 원칙에 바탕을 둘 것
 - 주치의 형태의 다양성을 수용하는 제도를 도입할 것
 - 일차의료, 즉 의원급 의료 기관에 배타적으로 시행할 것
 - 본 제도 시행에 앞서 반드시 시범 사업을 실시할 것
 - 개방적으로 구체적인 논의를 하루빨리 시작할 것
 - 제도 확산을 위한 유인 구조 설계에 유의할 것
-

따라서 이 연구에서는 주치의 제도의 세부 사항보다는 제도 도입의 원칙과 전략에 대하여 몇 가지 사항을 언급하는 것으로 그치고자 한다(표 10).

첫째, 주치의 제도 도입은 자발성의 원칙, 선택의 원칙에 바탕을 두어야 한다. 이것은 ‘원하는’ 의사 또는 의료 기관과 ‘원하는’ 환자와의 계약에 따른 것이어야 한다. 따라서 주치의가 되기를 원하지 않는 의사, 주치의에 등록하기를 원하지 않는 환자는 이 제도에 참여할 필요가 없다. 주치의 제도를 인정하지 않는 것도, 주치의 제도만을 인정하지는 것도 확일적이다. 물론 자발성과 선택의 원칙

4) 1994년 7월 보건복지부는 의료보험 진료 수가 기준에 가정의학과 가족 등록 수가 등에 관한 기준을 따로 정한다고 명시하였다(유승흠 등, 2000).

에 바탕을 둔 주치의 제도를 정책으로 채택할지라도 의료 제공자 측과 이용자 측의 의견을 적극적으로 수렴하고 반영해야 할 것이다.

둘째, 주치의 형태의 다양성을 수용하는 제도를 도입해야 한다는 것이다. 전통적인 단독 개원 형태의 주치의, 집단 개원 형태의 주치의 시스템, 의료생활협동조합, 여러 전문의들이 참여하는 지역 사회 주치의 네트워크 등 이미 존재하고 있고 활성화의 가능성이 있는 다양한 주치의 시스템을 수용하는 제도가 바람직할 것이다. 주치의의 상대인 ‘단골 환자’의 범위를 정하는 것에서도 융통성을 발휘하는 것이 좋을 것이다. 전통적인 가족 주치의와 개인 주치의, 개인 주치의 중에서도 노인 주치의, 어린이 주치의, 만성질환자 주치의 등 다양한 가능성을 놓고 검토하는 것이 좋겠다. 정부가 일부 지역에서 이루어지고 있는 만성 질환 관리 시범 사업을 ‘단골 의사 제도’로 포장하는 데 우려도 있지만(이재호, 2010) 만성 질환자 주치의 제도를 통해 첫 단추를 끼우는 것도 검토할 가치가 있다고 본다. 물론 사회적 합의가 이루어진다면 관행적 주치의 관계에 약간의 제도적 외피를 갖추는 프랑스식 주치의 제도도 적극적으로 검토할 수 있을 것이다.

셋째, 주치의 제도는 일차의료, 즉 의원급 의료 기관에 배타적으로 시행하여야 한다. 주치의 제도는 일차의료의 활성화와 의료 제공 체계 확립 방편 중 하나다. 주치의 제도가 일차의료에 안고 있는 모든 문제를 해결해 주는 것은 아니지만 주치의 제도가 일차의료 쪽에 배타적으로 시행될 때 제도의 실익이 더 커질 것이라는 점은 분명해 보인다. 이러한 원칙은 의료 제공 체계를 의원급 의료 기관과 그 외의 의료 기관, 2단계로 구분한다는 정책의 기본 방향과도 부합한다.

넷째, 주치의 제도 시행에 앞서 반드시 시범 사업을 시행해야 할 것이다. 주치의 제도는 환자와 의사 양자의 행태를 크게 바꾸는 제도다. 지금까지 자유방임 상태에 가깝게 보장해 왔던 환자의 의료 기관 선택권에 제약을 가한다. 환자와 의사 간의 관계의 지속성을 제도로써 보장하는 것이기도 하다. 이것은 기술적 변화뿐 아니라 문화적 변화일 수 있다. 주치의 제도 관리상 기술적 과제를 점검하는 것뿐 아니라 포괄적인 정책 평가 사항을 도출하기 위해서도 중요하다.

다섯째, 개방적인 자세로 구체적인 논의를 하루빨리 시작하는 것이 중요하다. 주치의 제도가 자발성의 원칙에 바탕을 두는 것이라 해도 환자와 의사의 행태에 큰 변화를 초래한다는 점에서 제도 도입의 공감대를 형성하는 것이 필요할 것이다. 또 제도 도입의 대원칙에 이해 당사자들이 합의한다 하더라도 제도의 구체적 사항을 설계하고 시범 사업을 시행하며 그 결과를 평가하고 본 제도의 시행을 위한 실무적 사항을 준비하는 데 적지 않은 시간과 노력이 소요될 것이다. 현재 주치의 제도뿐 아니라 여러 의료 정책을 수립하고 시행하는 데 가장 큰 걸림돌은 이해 당사자 간 신뢰 부족이다. 정부의 적극적인 노력과 의료계의 개방적 자세가 절실하다.

여섯째, 제도 확산을 위한 유인 구조 설계에 유의해야 한다. 충분한 공감대 형성과 시범 사업을 통한 평가가 마무리되어 주치의 제도의 유용성이 입증된다면 제도 확산 전략을 마련할 필요가 있다. 제도 확산의 가장 큰 유인은 주치의 제도를 통해 향상된 일차의료 서비스의 개선이겠으나 부가적인 확산 전략을 생각할 수 있다. 쉽게 떠올릴 수 있는 방안이 본인 일부 부담금을 경감하거나 면제하는 것이다. 그런데 이것은 의료 제공 체계 확립을 위한 단기 정책의 일환으로 부분 도입하였을 것이므로 단기 정책의 본인 일부 부담금 경감 수준에 따라 추가 경감이나 면제 여부가 결정될 것이다.

표 11. 프랑스 선호 의사 제도

프랑스의 건강보험은 1970년대 중반 이후 만성 적자로 인한 재정 문제를 안고 있었다. 이에 여러 차례의 개혁이 수반되었는데 2004년 의료 개혁 법안을 통하여 선호 의사 제도가 도입되었다. 1990년대 중반 이후 건강보험 지출에 대한 정부의 통제 강화로 의사들의 불만이 커졌고 정부와 의사 단체의 대립이 지속되었다. 보험 재정이 극도로 악화되었는바 결국 의사 단체가 정부의 건강보험 개혁 정책에 협조할 수밖에 없는 정치적 분위기가 형성되었다.

제도의 도입은 2005년 1월부터 선호 의사 제도 참여 의사를 가입자에게 확인하면서 시작되었고 실제 실행은 2005년 7월부터 가입 희망자를 대상으로 시작되었다. 2005년 9월에 이미 16세 이상 건강보험 가입자의 65%가, 그리고 2006년 5월 중순까지 79%의 가입자가 선호 의사를 선택하였으므로 제도는 매우 신속하게 정착된 셈이다.

선호 의사 제도에서는 주치의 자격에 제한을 두지 않는다. 이는 전문의도 원한다면 선호 의사 역할을 할 수 있도록 열어 놓았다는 뜻이다. 그러나 2006년 5월 중순까지 실제 계약이 이루어진 주치의의 99.6%는 일반의였고 0.4%만이 전문의였다. 선호 의사는 환자 진료에 대해 문지기 기능을 수행하지만 이것이 엄격하게 적용되는 것은 아니다. 영국이나 네덜란드, 호주와 같은 국가에서는 일차의료 의사를 통하지 않고 전문의 진료를 받는 것 자체가 불가능하지만 프랑스의 선호 의사 제도에서는 엄격한 규정 보다는 경제적 인센티브를 통해 환자가 자발적으로 선호 의사를 통해 전문의 서비스를 이용하도록 유도하고 있다.

출처 : 이재호 등, 2009.

표 12. 프랑스 선호 의사 제도의 환자 측 유인 구조

환자가 선호 의사 경로를 따를 경우 의사 진료에 대한 법정 건강보험의 상환율은 70%가 적용된다. 이는 곧 공식 본인 부담률이 30%가 된다는 것으로 사실상 선호 의사 제도가 도입되기 전에 본래 적용받던 본인 부담률을 유지하기 위해서는 선호 의사 경로를 따라야 함을 의미한다. 만약 환자가 선호 의사 제도에 참여하지 않거나 참여하지만 선호 의사 경로를 위배했을 경우 법정 건강보험의 상환율은 60%로 낮아지고 의사는 법정 협약 요금 이상을 환자에게 청구할 수 있는 권리가 있다(그러나 추가 청구액 상한이 있다).

환자가 지불하는 본인 부담액을 보충 보험에서 커버하는 것과 관련하여 만약 환자가 선호 의사 경로를 위반하여 본인 부담액이 높아지는 경우 이것을 보충 보험에서 급여하지 않도록 하는 조항이 필요하다. 이에 따라 2006년 1월 1일부터 발표되는 법정 건강보험과 보충 보험의 “책임 계약”에 의해 선호 경로 위반 시 발생하는 본인 부담액 중 €7는 보충 보험에서도 보상하지 못하도록 하였다.

출처 : 이재호 등, 2009.

또 하나는 주치의 등록 환자에 대한 선택적 급여 확대 방안이다. 우리나라 건강보험의 급여 수준이 충분치 않으므로 급여 확대는 항상적 과제이다. 이것을 환자의 주치의 제도 참여와 연계하는 것이다. 주치의 제도 참여로 효율적 의료 이용의 가능성이 커지므로 급여 확대는 논리적 정당성이 있다. 만약 프랑스식 주치의 제도를 보편 적용한다면 주치의 이용 궤도 이탈 시 본인 일부 부담금을 증가하는 비유인(disincentives)을 부여할 수도 있겠다(표 12).

지금까지 논의한 중기 정책을 표 13에 요약하였다.

표 13. 의료 전달 체계 확립을 위한 중기 정책

| 정책 내용 | 구체적 방안 | 비고 |
|---------------|---|--|
| 단기 정책 성과의 법제화 | 의원급 의료 기관의 기준에 관한 의료법 조항 개정 | - 환자 의뢰·회송에 관한 사항 - 병원급 의료 기관의 기준에 관한 의료법 조항 개정 |
| 병상의 신·증설 규제 | - 병상 신·증설 규제 논의 재개 - 병상 수급 기본 시책과 지역 병상 수급 계획 수립 | - |
| 주치의 제도 도입 | - | 준비 기간을 감안하여 이른 논의가 필요 |

③ 장기 정책 방안(10년 내외)

장기 정책 방안은 간략히 언급한다.

첫째, 의사 인력 양성 체제 개편
둘째, 일부 전문 과목 전공의 부족 문제에 대한 대책

의사 인력 양성 체제 개편

우리나라 의사 인력의 가장 큰 특징 중 하나는 전문의 비중이 지나치게 크다는 점이다. 일차의료에 바탕을 둔 의료 제공 체계가 효과적으로 작동하려면 양질의 일차의료를 제공할 수 있는 의사 양성 체제를 확립하는 것이 필요하다. 대다수 의사들을 일차의료 의사로 양성하여 일차의료를 담당케 함으로써 일차의료의 질적 수준을 구조(인력)적으로 보장하고 전문의가 일차의료를 맡음으로써 발생하는 개인적·사회적 비효율을 교정하자는 것이다. 주치의 제도 등 일차의료 강화 정책이 동네 의사 대부분이 단과 전문의인 현실을 기반으로 제도의 세부 사항을 설계해야 함은 물론이다. 그러나 장기적으로는 일차의료 전문가인 일차의료 의사를 양성하는 체제를 갖춰야 하고 그 비율도 커져야 한다. 또 전공의 정원 책정 방식의 변화, 구체적인 일차의료 의사 수련 프로그램 개발 등이 필요하다 하겠다.

의사 인력 양성에는 긴 시간이 필요하다. 그러므로 장기 정책이라 할지라도 정책 효과를 낳는 데 걸리는 시간을 감안하여 지금부터 논의를 시작하지 않으면 안 된다. 이 점과 관련하여 관련 이해 당사자들이 기득권을 어느 정도 포기하는 것이 필요하다. 특히 의사협회, 분과 학회, 병원 측 등의 적극적인 협력이 필요하다.

일부 전문 과목 전공의 부족 문제에 대한 대책

의사 양성 체제를 일차의료 의사 중심으로 가져갈 때 제기될 수 있는 가장 큰 문제가 일부 전문 과목의 전공의 부족이다. 대책은 세 갈래로 생각할 수 있다.

첫째, 전공의 인력을 전문의로 대체하는 것이다. 전공의의 전문의 대체 정도에 따라 원가 인상 요소(인건비 상승)를 수가 산정 시 반영한다.

둘째, 간호사, 의사 보조원 등 비 의사 인력을 적극적으로 활용하는 것이다. 직무의 전문성이 낮고 대체 가능성이 높은 업무에 대해서는 비 의사 인력을 활용하여 전문의의 업무 부담과 비용을 줄이는 방안을 고려할 수 있다.

표 14. 의료 전달 체계 확립을 위한 장기 정책

| 정책 내용 | 구체적 방안 | 비고 |
|----------------------|--|-------------------------------|
| 의사 인력 양성 체 제 개편 | - 대다수 의사를 일차진료 의사로 양성 - 전공의 정원 책정 방식 변화 - 일차진료 의사 수련 프로그램 개발 | - 기득권 포기(의협, 학회, 병원 측) |
| 전공의 부족 문제 에 대한 대책 | - 전공의 인력을 전문의로 대체 | - 인건비 상승분(원가 인상 요소)의 수가 반영 |
| | - 비 의사 인력의 활용 | - |

참 고 문 헌

건강보험심사평가원. 요양 급여 적정성 평가 지침서. 서울 : 건강보험심사평가원; 2009.

건강보험심사평가원. 건강보험요양급여비용 2010년 1월판. 서울 : 건강보험심사평가원 ; 2010.

국민건강보험공단 통합민원서비스 홈페이지. <http://minwon.nhic.or.kr> 2010년 2월 25일 접속.

국민건강보험재정건전화특별법. (제정 2002. 1. 29, 법률 제6620호)

권순만, 배은영, 최용준, 김수정, 김수진, 장서희 등. 21세기 보건의료 체계 발전 방향 연구. 서울 : 서울대학교 ; 2010. 보건복지부 연구비 지원.

권영욱. 중소 병원 기능 재정립 방안. 대한중소병원협의회. 2010. 1.

국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙. (개정 2009. 12. 1, 보건복지가족부령 제140호)

김상기. 뒤숭숭한 요양병원계... 누구의 잘못인가? 청년의사 2010년 2월 8일자.

김수영, 이재호, 최용준. 일차의료에 대한 근거 맵 작성과 구조적 고찰. 대한가정의학회 추계 학술 대회 연제집. 서울 : 대한가정의학회 ; 2008.

김은경, 김윤, 박재현, 박종혁, 강민아. 의료기관 평가 제도에 대한 인식 조사와 개선 방안 고찰. 간 호행정학회지. 2007;13(1):40-52.

대한의사협회. 의료 기관 기능 재정립을 위한 대한의사협회 의견서. 2010. 1.

도영경, 김용익, 박기동, 문옥륜. 우리나라 병상 자원 정책의 집행 실패 원인 : 미국, 일본 정책과의 비교를 중심으로. 한국보건행정학회 후기 학술 대회 연제집. 서울 : 한국보건행정학회 ; 2002.

- 문옥륜, 신영전, 강길원. 진료비 지불 제도의 장기적 개선에 관한 연구. 서울 : 서울대학교 · 요양급여 비용연구기획단 ; 2006.
- 박기동. 일차의료 강화를 위한 의료 체계 및 건강보험 체계 개선 방향 : 한국, 일본, 대만의 비교 분석. 가정의학회지. 2003;24(4):328-345.
- 박동준. 복지부, “의료기관 평가와 가산율 차등 연계”. 데일리메디 2004년 12월 2일자.
- 유승흠, 이혜리, 조홍준, 이선희, 도병욱, 조항석 등. 주치의 제도 실행 방안 개발. 서울 : 한국의학원 ; 2000. 보건복지부 연구비 지원.
- 이신호. 우리나라 의료 전달 체계의 문제점과 대책. 의료 전달 체계 해법 모색을 위한 정책 토론회 자료집. 서울 : 국회보건의료포럼 ; 2009. 12. 21.
- 이신호, 김용익, 박수경, 박기동, 도영경, 이진용, 박재현. 병상 자원 관리 정책 개발 연구. 서울 : 한국보건산업진흥원 ; 2003. 보건복지부 연구비 지원.
- 이재호, 강길원, 김경우, 김철환, 은상준, 최용준 등. 만성질환 관리를 위한 단골 의사 제도 실행 방안 연구. 서울 : 가톨릭대학교 ; 2009. 국민건강보험공단 연구비 지원.
- 이재호. 주치의 제도를 둘러싼 오해와 편견. 건강정책웹진 Healthy Sphere 7호. 2010년 2월 9일자. 일본 의료법. (개정 2008. 5. 2, 법률 제30호)
- 임금자. 의료 전달 체계 문제점과 개선 방안. 개원의가 바라본 의료 전달 체계 문제점과 개선 방안 토론회 자료집. 서울 : 대한의사협회 ; 2009. 1. 23.
- 의료법 시행 규칙. (개정 2010. 1. 31, 보건복지가족부령 제158호)
- 의료급여법 시행 규칙. (개정 2009. 10. 22, 보건복지부령 제136호)
- 전철수. 주치의 제도 시행 제안. 가정의학회지. 1999;20(5):470-486.
- 조형원. 법에 의한 보건의료 목표의 실현 가능성. 법과 정책연구. 2001;1:59-90.
- 최용준. 우리나라 어린이 청소년 환자에서 일차의료의 지속성에 관한 연구[박사 학위 논문]. 서울 : 서울대학교 대학원 ; 2006.
- 최용준. 일차보건의료의 개념과 발전 방향. 보건의료 공부방 발표 자료. 2009. 2. 13.
- 한국보건의료관리연구원. 병상 수급 적정화 연구. 서울 : 한국보건의료관리연구원 ; 1998.
- 한원근. 의료 기관 기능 재정립 관련 의견서. 대한병원협회. 2010. 1.
- 홍성익. 의료기관 종별 구분 3단계 추진 탄력 받나. 디지털보사 2006년 6월 28일자.
- 홍성익. 수도권 병상 자원 현황과 문제점. 디지털보사 2009년 6월 15일자.
- Dovey S, Weitzman M, Fryer G, Green L, Yawn B, Lanier D, et al. The ecology of medical care for children in the United States. Pediatrics 2003;111(5 Pt 1):1024-1029.
- Fryer GE Jr, Green LA, Dovey SM, Yawn BP, Phillips RL, Lanier D. Variation in the

- ecology of medical care. *Ann Fam Med* 2003;1(2):81 – 89.
- Fukui T, Rhaman M, Takahashi O, Saito M, Shimbo T, Endo H, et al. The ecology of medical care in Japan. *JMAJ* 2005;48(4):163 – 167.
- Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med*. 2001;344(26):2021 – 2025.
- Health Evidence Network. What are the advantaged and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe; 2004.
- Horder J, Horder E. Illness in general practice. *Practitioner* 1954;173(1034):177 – 187.
- Kleczkowski BM, Roemer MI, van der Werff A. National health systems and their reorientation towards health for all: guidance for policy – making. Geneva : World Health Organization ; 1984.
- Leung GM, Wong IO, Chan WS, Choi S, Lo SV; Health Care Financing Study Group. The ecology of health care in Hong Kong. *Soc Sci Med* 2005;61(3):577 – 590.
- Lord Dawson of Penn. Interim report on the future provisions of medical and allied services. United Kingdom Ministry of Health Consultative Council on Medical Allied Services. London : His Majesty’ s Stationery Office ; 1920.
- OECD. Health at a Glance 2009 : OECD indicators. Paris : OECD ; 2009.
- Starfield B. Primary care : balancing health needs, services, and technology. 2nd ed. New York : Oxford University Press ; 1998.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457 – 502.
- White KL. Life and death and medicine. *Sci Am* 1973;229(3):22 – 33.
- White KL. The ecology of medical care: origins and implications for population – based healthcare research. *Health Serv Res* 1997;32(1):11 – 21.
- White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265: 885 – 892.