

새로운 의료전달체계 논의를 위한 전략과 거버넌스에 대한 시사

박윤형

보건행정학회지 편집인, 순천향대학교 의과대학 예방의학교실

Suggestion for New Strategy and Governance of Health Care Delivery System

Yoon Hyung Park

Editor-in-Chief, Health Policy and Management, Department of Preventive Medicine, Soonchunhyang University College of Medicine, Cheonan, Korea

의료전달체계(Health Care Delivery system)에 대한 논의와 연구가 본격적으로 시작된 것은 1989년 7월 1일 시행된 전국민의료보험을 준비하면서부터이다. 당시 3가지 중요한 연구보고서가 나왔는데 ‘전국민 의료보험실시를 위한 제도연구’ [1]와 ‘의료자원과 관리체계에 관한 연구’ [2], ‘전국 보건의료망 편성을 위한 조사연구’ [3]이다.

이 세 가지 연구를 토대로 1989년 3월에는 당시 보건사회부에서 ‘의료전달체계 구축 추진계획’을 발표하였다. 주요 내용으로는 전국을 8개 대진료권과 140개 중진료권으로 나누고 1차 진료는 중진료권 내에서 2차 진료는 대진료권 내에서 하는 것을 원칙으로 하였다. 3차 진료는 전국적으로 3차 진료기관을 지정하였다. 중진료권을 생활권 위주로 정하여 서울, 부산 등 대도시는 하나의 중진료권으로 지정하고 농촌지역은 인근 시군을 합하여 하나의 중진료권으로 정하였다. 즉 서울은 하나의 중진료권이면서 대부분의 3차 진료기관이 있는 지역이 되었고 농어촌지역은 보건소와 몇 개의 의원이 있거나 당시 정부의 농어촌 의료 취약지 병원 설립 지원정책에 따라 설립된 소규모 병원급 의료기관이 있었다. 진료권 내의 진료를 담보하는 장치는 오직 의료보험 적용정책이었다. 즉 거주하고 있는 중진료권에서 1차 진료를 받지 아니하고 인근 대도시의 의료기관에 가면 의료보험 적용을 못 받고 모든 진료비를 자신이 부담하도록 하는 제도이다. 즉 중진료권을 벗어날 때(예: 경기 광명→서울) 진료의뢰서가 필요하고 다른 대진료권으로 갈 때(예: 부산, 대구, 광주→서울) 진료의뢰서가 필요하며 진료의뢰서 없이 갈 때는 비용을 모두 자신이 부담해야 하는 정책이었다. 3차 진료기관은 같은 중진료권에 있더라도 의원이나 병원의 진료의뢰서가 있어야 보험적용을 받도록 하였다. 이 정책은 의료자원이 취약한 농어촌지역 주민과 3

차 진료기관으로 지정되어 환자가 급격히 줄어들 것을 우려한 대학병원의 반대에 부딪혔다. 이를 보완하기 위하여 농어촌 주민에게는 의료기관 이용 시 본인부담을 감면해주고 대학병원에는 진찰료와 행위료 등에 30%를 가산하는 가산제도를 도입하였다. 아울러 이 제도 도입의 초기 불편을 해소하기 위하여 3차 진료기관에서 주로 외래진료를 하는 안과, 이비인후과, 피부과, 재활의학과 등은 3차 진료기관 이용절차규정에서 제외하고 해당 중진료권 내의 주민이 자유롭게 이용하도록 하였다. 이 정책과 함께 장기적으로는 가정의학과를 중심으로 하는 1차 진료기반을 확충하기 위하여 3차 진료기관의 가정의학과도 예외적으로 직접 이용할 수 있도록 하였다. 이는 이러한 혜택으로 각 대학병원에서 가정의학과를 개설하여 전공의를 양성하고 대학병원에서 양성된 가정의학 전문의는 중소병원에서 가정의학과를 개설하고 전공의를 양성하여 빠른 시일 내 가정의학과 의사를 양산한다는 계획이었다. 3차 진료기관을 직접 이용할 수 있는 비정상적 예외를 이용하여 정책을 추진하는 정책이었다. 의료전달체계 시행과 함께 당시 모든 3차 진료기관에서는 가정의학과를 설치하였으니 이 정책은 성공하였다고 볼 수 있다. 의료전달체계는 1989년 7월 1일 전국민의료보험과 함께 시행되었다. 의료전달체계 시행 후 정책의 주요 대상인 3차 진료기관 대학병원들은 직접 오는 환자를 가정의학과를 거쳐 진료의뢰를 받아 진료하거나 인근의 의원과 협진계약을 맺어 진료의뢰서를 받거나 일부 대학병원은 진료의뢰서 발급을 위해 문전에 의원을 개설하기도 하였다. 시행 후 2-3년간 평가한 결과 전체 환자는 약 5%밖에 줄지 않고 가산료는 높아 3차 진료기관 지정에 따른 우려는 없어졌다. Song [4]은 “대학병원에 가려고 하는 환자와 환자를 유치하려는 대학병

Correspondence to: Yoon Hyung Park
Department of Preventive Medicine, Soonchunhyang University College of Medicine,
31 Suncheonhyang 6-gil, Dongnam-gu, Cheonan 330-930, Korea
Tel: +82-41-570-2406, Fax: +82-41-575-2406, E-mail: parky@sch.ac.kr

© Korean Academy of Health Policy and Management
© It is identical to the Creative Commons Attribution Non-Commercial License
(http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0) which permit unrestricted non-commercial use,
distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

원의 유착을 이 제도로 변경하기는 거의 불가능하다”라고 하였다.

이러한 이용행태가 지속되면서 대도시의 주민은 3차 진료기관을 이용하는 데 따른 불편이 많이 해소되고, 농어촌 주민은 당시 교통시설이나 소득 등으로 볼 때 대학병원을 쉽게 이용할 수 있는 주민이 소수밖에 안 되기 때문에 이 정책은 그런대로 유지되었다.

이 정책의 또 다른 반대자는 의료보험조직이었다. 중진료권 및 대진료권 운영, 3차 진료기관 운영 등에 다른 행정적 어려움을 호소하면서 초기부터 이 정책을 반대하였다. 결국 의료보험조직이 주축이 되어 1990년대 중반에 진료권 제도가 폐지되었다. 현재 남은 것은 3차 진료기관만 남아 있으나 현재도 의료보험에서는 진료비 심사할 때 진료의뢰서 유무 등은 개의치 않고 있어 그야말로 껍데기만 남은 정책이 되었다. 현재는 환자가 줄거나 특별한 불편은 없고 가산율과 대학의 명성 등으로 3차 진료기관을 지정받으려고 노력하는 추세이다.

의료전달체계가 큰 효과가 없는 의료보험 환자 진료의뢰체계가 됨에 따라 의료정책 개선과 개혁을 논할 때마다 주요과제로 선정되는 것이 의료전달체계 확립이다. 주로 의원을 운영하는 의사들의 강력한 요구이다. 최근에는 이러한 요구를 받아들여 고혈압, 당뇨병 등 주로 1차 진료 질병으로 3차 진료기관에서 진료받은 환자는 의약품값의 본인부담을 30%에서 60%로 인상하는 정책이 시행되었다. 이 정책으로 이러한 질병을 가진 환자는 의원이용이 다소 늘고 있다. 새로운 정책을 구상하기보다 기존의 틀만 남은 의료전달체계 정책에 조금씩 첨가하는 형식이다. 현재는 정부나 학계에서 의료전달체계에 대한 구상과 방향은 없다고 볼 수밖에 없다.

세계에서 가장 많은 의료비를 지불하고 있는 미국은 비용효과적인 새로운 의료전달체계를 구축하고자 1973년 연방법으로 health maintenance organization (HMO)법을 제정하였다. 그러나 의사들이 운영 주체에서 제외되고 진료방법과 양에 대해 의사들의 선택의 자유를 제한한다는 이유로 의사들이 반대하여 1980년대까지는 HMO의 가입이 미미하였다. 1980년대 말에 Medicare와 Medicaid 가입자를 위한 HMO 가입, 영리 HMO의 진입허용, 발전된 형태의 관리의료조직의 출현 등에 따라 90년대부터 가입이 늘어나 현재는 95% 이상이 관리의료조직에 가입되어 있다. 관리의료(managed care)의 핵심적 특징은 대상 인구에게 특정 기간 고정된 의료비 지출비율 한도 내에서 의료를 제공하는 것이다[5]. 관리의료는 초기의 HMO에서 시작하여 preferred provider organization (PPO), point-of-service (POS) 등 의사와 가입자의 선택권을 보장하는 방향으로 발전하여 왔다. 현재는 지정 의료기관을 이용하면 본인부담을 대폭 낮추어 주고 1차 의료 문지기(gate keeper)를 없앤 PPO에 가장 많이 가입되어 있다. accountable care organization (ACO, 책임의료조직)은 최근에 발전된 형태의 관리의료조직이다. 보건행정학회에서는 봄 학회에 이어 가을학회에서도 ACO를 주제로 하여 많은 발표와 토론을 하였다. 이번 호에도 ACO에 관하여 두 편의

연구가 게재되었다. 한편은 봄 학회에서 발표한 신영석 박사와 미국 오리건주에서 ACO를 직접 관리 연구하는 윤장호 박사가 공동으로 저술한 종설이며 또 한편은 이선희 교수 등이 ACO에 관한 많은 논문을 고찰하여 저술한 연구논문이다.

저자들은 ACO는 ‘의료의 가치 즉 의료의 질과 비용에 대해 공동책임을 지고 협력하는 의료공급자 네트워크’라고 정의하고 ACO의 특징을 의사들의 참여확대와 공급자 간 협력증진, 1차, 2차, 3차 진료의 연계서비스 제공, 만성질환의 효율적 관리, 불필요한 서비스 이용억제라고 하였다. ACO는 Center for Medicare and Medicaid Services (CMMS)가 주도하여 의료공급자에게 ACO를 형성하도록 지원한 Medicare shared savings program (MSSP) ACO와 기존의 관리의료조직이 발전한 pioneer ACO로 시작하였다. 2014년에는 630개 ACO가 운영되는 등 빠르게 확대해 나가고 있는 중이다[6]. ACO는 지불 보상제도를 종전 관리의료의 인두제, 총액계약제 등과 같이 정하지 않고 행위별 수가로 지불한다. 대신 지난 3년간 평균 지불액에 비해 적어지면 차액을 인센티브로 제공하며 지출이 더 많아져도 책임은 지지 않는다. 아마 추후에는 이 부분에 대한 책임지는 제도가 신설될 것으로 예상된다. 진료에 대한 성과보상도 인센티브로 지불한다. 성과보상은 의료서비스의 만족도, 환자의 안전, 예방적 건강관리, 위험인구집단 관리 등 4가지 영역에 대하여 평가하여 별도로 지급한다. 평가절차나 방법도 주로 보고의 형식으로 수용성이 높다. 즉 전체적으로 공급자의 자발적 노력을 유도하면서 의료서비스 향상과 의료비 절감을 도모하는 제도이다[7]. 이는 의료공급자의 참여와 자발적 노력 없이는 좋은 의료제도와 전달체계의 정착이 어렵다는 것을 그동안의 경험을 통해 알게 되고 그 결과를 반영한 결과로 보인다. 이러한 제도를 만들기 위해 그동안의 의료체계를 연구하고 실증적 자료를 발표하고 새로운 제도를 제안한 미국 보건의료 학계의 노력의 결과이기도 하다. 미국은 보건의료정책 거버넌스가 확립되어 있다고 볼 수 있다.

우리나라도 새 시대에 맞는 의료전달체계를 구축하기 위해서는 먼저 거버넌스를 구축해야 한다. 아직은 보건경제학, 보건행정학 등을 전공하는 연구자가 많지 않지만 그렇더라도 모두 모여 머리를 맞대고 연구하고 토론하는 기반을 갖추는 것이 중요하다. 현재처럼 대부분의 결정권이 정부와 보험자가 가지고 있는 구조에서는 논의조차 어려운 실정이다. 또 현재처럼 학계에서는 의료비 절감만을 목표로 의료계를 비난하고 의료계에서는 학계를 비현실적이라고 비난하는 풍토에서는 더 이상 논의가 나아가기 어렵다.

앞으로의 논의는 우선 학계와 정부 보험자 의료계가 참여하여 결정할 수 있는 거버넌스를 구축해야 한다. 추진방향으로는 의료계의 자발적 참여를 유도하며, 시간을 가지고 충분한 논의를 거치고, 필요한 근거를 확보하여 시행하는 것을 목표로 해야 한다. 지금부터 의료전달체계 구축 거버넌스를 구축하고 논의를 시작할 때이다.

REFERENCES

1. Korea Institute for Population and Health. The research on the universal coverage system. Seoul: Korea Institute for Population and Health; 1985.
2. Korea Institute for Population and Health. The research on health care resources and management system for universal coverage policy. Seoul: Korea Institute for Population and Health; 1987.
3. Song KY, Shin YS. The research on regionalization and networking of health care system for universal coverage policy. Seoul: Korea Institute for Population and Health; 1987.
4. Song KY. Evaluation of health care delivery policy by tertiary hospital. Seoul: Korea Institute for Population and Health; 1991.
5. Shortell SM, Gillies RR, Anderson DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Aff (Millwood)* 1994;13(5): 46-64.
6. Shin YS, Yoon J. In search of integrated health care system tailored to Korea. *Health Policy Manag* 2014;24(4): 304-311.
7. Seo KH, Jung YM, Kim MJ, Lee SH. An evaluation of accountable care organization system in USA and policy implications for Korean health care system. *Health Policy Manag* 2014;24(4): 396-412.