

환자 중심의 의료전달체계 구축에 관한 연구 —일차 의료 강화와 관련된 유럽연합의 예를 중심으로—

김 용 민*

I. 서론

II. 일차 의료의 개념과 가치

III. 유럽연합의 보건의료 전달체계

1. 서론

2. 유럽연합 국가별 현황

IV. 국내 보건의료 전달체계의 현황 및 문제점

1. 종별의료체계 붕괴와 상급종합병원 쏠림현상

2. 의사 부족 현상

3. 과잉진료를 유발하는 지불체계

4. 모니터링 시스템의 부재

V. 결론

I. 서론

OECD의 자료에 따르면 우리나라 국민 1인당 외래 진료 횟수와 평균 재원 일수는 각 16.6회와 18.5회로 OECD 국가 평균 재원 일수 7.1회와 8.2회의 두 배 가까이인 것으로 조사되고 있다.¹⁾ 문제는 의료수요, 기술발전, 각종 사회여건 변화 등의 복잡하고도 다양한 요인에 기인하여 환자들이 고가의 장비와 유명 의료진을 보유하고 있는 상급종합병원을 선호, 병·의원급에서 치료할 수

* 논문접수: 2019. 12. 11. * 심사개시: 2019. 12. 13. * 게재확정: 2019. 12. 26.

* 연세대학교 의료법윤리학협동과정 박사과정.

1) "OECD Health Statistics 2019." OECD, 2019년 11월 15일, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>. 2019년 11월 30일 접속.

있는 가벼운 질환도 더 높은 진료비가 발생하는 상급종합병원에서 진료함으로써 의료자원 활용의 비효율성이 야기되고 있다는 사실이다.²⁾ 이에 보건복지부는 지난 9월 합리적 의료이용과 지역의료 활성화를 위한 의료전달체계 개선 단기대책을 발표(이하 단기대책), 현행의 왜곡된 의료전달체계를 개선해 나가겠다는 의지를 밝혔다. 복지부는 상급종합병원의 명칭을 중증종합병원으로 변경, 2021년부터 지정되는 제4기 상급종합병원 지정기준을 통하여 입원환자 중 중증환자 최소기준은 강화하되 경증환자 최대기준은 하향하고 상대평가 기준을 신설하기로 하였다. 동시에 상급종합병원의 경증진료 수가를 인하함으로써, 상급종합병원을 방문하는 환자를 막지는 않되 환자를 “회송”할 수 있게끔 제도적 경제적 유인을 마련, 상급종합병원이 “중증환자 치료”라는 본래의 기능에 충실할 수 있도록 하였다.³⁾ 또한, 단기대책은 의사의 의학적 판단에 따라 환자를 상급종합 병원 등으로 직접 의뢰할 수 있도록 하는 이른바 “문지기” 제도를 강화, 의사의 직접 의뢰에 한하여만 의뢰 수가를 적용할 수 있도록 하며⁴⁾, 지역의료기관의 기능 및 역량 강화⁵⁾를 통하여 환자의 적정 의료이용 유도 및 합리적 선택 지원체계 구축을 목표로 하고 있다. 복지부는 단기목표를 시작으로 20년 상반기까지 의료계, 의료수요자 및 전문가 등이 포함된 협의체를 구성, 중장기 의료전달체계 개편 검토 방안을 도출한다는 뜻을 밝혔다. 1998년 진료권⁶⁾이 폐지된 이래 의료 서비스 보장성마저 강화되면서 의료쇼핑 현

2) 2018년 기준 상급종합병원의 입원환자 중 평균 56.8%가 전문진료질병군 외의 경증·일반 환자였으며 전체 4,199만일의 외래 일수 중 14.5%에 달하는 607만 일이 이른바 경증으로 분류되는 52개 질환에 해당된다는 사실은 그 심각성을 단적으로 보여주는 예라고 할 수 있다. 이에 대한 자세한 내용은 보건복지부, “합리적 의료이용과 지역의료 활성화를 위한 의료전달체계 개선 단기대책”, 보도자료, 2019, 3-4면 참고.

3) 보건복지부, 같은 보도자료, 12면.

4) 보건복지부, 같은 보도자료, 13면.

5) 보건복지부, 같은 보도자료, 21-22면.

6) 의료보험 진료권 제도는 의료의 지역 간 균형발전 도모 및 대도시 의료기관 편중을 막기 위하여 고안된 제도로서, 환자가 의료보험으로 진료를 받기 위해서는 분만, 응급, 기타 부득이한 사유(출장, 여행 등)를 제외하고는 의료 보험증에 표시된 중 진료권 내에 있는 병·의원에서 진료를 받아야 하고 가족의 간호를 받기 위하여 부득이 다른 진료권에서 진료를 받고자 하는 경우에도 보험자로부터 사전에 승인을 받도록 하였다. 1998년 7월 28일 보건복지부는 진료권 제도로 인하여 환자 불편이 야기됨을 지적, 이를 전격 폐지하였다.

상, Big 5 중심의 대형병원 환자 쏠림 현상과 같은 문제점들이 지속적으로 제기되어 왔다. 더 늦기 전에 정부가 나서 의료전달체계의 개선방안을 제시한 것은 환영할 만한 일이며 의료기관 종별 기능 및 역할 정립을 통해 적정 의료이용을 유도한다는 그 방향성 역시 적절하다고 평가된다. 단, 중장기 의료전달체계 개편을 검토함에 있어서는 국민의 “의료이용 행태”가 구체적으로 어떤 원인에서 기인하였는지 분석하여야 할 필요가 있다. 보건사회연구원이 수행한 「미래 보건의료 정책 수요 분석 및 정책 반영 방안 연구」 결과에 따르면 동네 의원의 치료 효과 등 전반적인 의료서비스 질에 대한 질문에서는 만족도는 33.2% 수준으로 46.2%를 기록⁷⁾한 대학병원에 비교하여 만족도가 확연하게 떨어졌고 만족하지 않는다고 대답한 응답자의 26.2%는 치료 효과가 좋지 않음을, 25.8%는 진단을 신뢰할 수 없어서를 그 이유로 꼽았다. 보건의료 전달체계의 적정화를 위해서 이른바 일차 의료 공급체계에 대한 국민적 신뢰회복이 무엇보다도 시급함을 보여주는 단적인 예다. 이러한 문제의식에서 출발한 본 논문은 우리나라 보건의료 전달체계의 현황 및 문제점 등을 검토하고, 일차 의료 강화와 관련된 유럽연합의 예를 중심으로 그 시사점을 도출, 환자 중심의 미래형 의료전달체계 구축 방안에 관하여 논의하고자 한다.

II. 일차 의료의 개념과 가치

1920년 영국 Dawson Report를 통하여 “일차 의료” 용어가 유래된 이래 1978년 WHO의 알마-아타 선언에서 “일차 보건의료”의 중요성이 공식적으로 천명, 세계 각국은 일차 의료의 확대를 통해 의료서비스의 효율성과 형평성

이에 대한 자세한 내용은 “의료보험 진료권 폐지”, 보건복지부, 1998년 8월 3일, https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=18167. 2019년 11월 30일 접속 참고.

7) 황도경·안수인, “미래 보건의료 정책 수요 분석 및 정책 반영 방안”, 한국보건사회연구원, 2018:9.

을 향상시키기 위한 노력을 기울이고 있다. “일차 의료”는 매우 다양한 맥락과 내용으로 정의되고 있는데, 외래 또는 건강관리체계의 최초 접촉 지점으로서 이해되는 경우도 있고, 어떤 경우에는 저소득층에 대한 사회보장 서비스의 일종으로, 보다 거시적 차원에서 단순한 의료서비스의 제공을 넘어 인간 발달의 필수요소로 해석하는 견해도 있다. 이 중 알마-아타 선언의 취지에 가장 근접한 설명을 제시하는 것은 WHO로 WHO는 일차 의료를 “가능한 한 빨리 사람들의 요구와 선호(개인, 가족 및 지역 사회)에 초점을 맞추므로써 최고 수준의 건강과 복지 및 공평한 분배를 보장하는 건강에 대한 전체 사회 접근방식”으로 정의 내리고 있다.⁸⁾

일차 의료는, 의학 전문가인 의사가 환자의 건강문제를 진단하고 판단하게 함으로써 질병의 예방, 조기발견 및 치료에 효과적일 뿐 아니라 진단을 통하여 보다 전문화된 치료가 필요하다고 판단되는 경우 직접 환자를 상급 의료기관에 후송 의뢰함으로써 불필요한 의료비 지출을 절감하고 지역사회 건강 및 복지 전반을 증진시키는 효과를 가지고 있는 것으로 알려져 있다.⁹⁾¹⁰⁾ 1970년부터 1998년까지 OECD 국가 중 18개 선진국을 대상으로 한 연구결과에 따르면 일차 의료체계의 강화는 호흡기 및 심혈관 질환을 포함하여 모든 원인의 사망률 및 조기 사망률의 감소, 건강 지표의 상승과 직접적인 관련이 있는 것으로 보고되고 있다.¹¹⁾ 주목하여야 할 점은 의료서비스의 질과 건강 결과에 있어 일반의와 전

8) World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. No. WHO/HIS/SDS/2018.15. World Health Organization, (2018).

9) 최용준·고병수·조경희·이재호 “일차 의료의 개념과 가치, 그리고 한국의 현실과 과제”, 대한의사협회지(제56권 10호), 대한의사협회, 2013, 859-860면.

10) 영국에서 수행된 연구 결과에 따르면 일차 의료 서비스 제공자들은 저렴한 비용으로 의료 서비스를 제공할 뿐 아니라 의학적 판단에 기초, 상급병원에 대한 후송의뢰 역할을 수행함으로써 불필요한 진료비 지출절감에 기여하고 있다. 이에 대한 자세한 내용은, Kyle, David. “Contribution of a general-practitioner hospital”. Br Med J 4.5783 (1971): 348-349 참고.

11) Macinko, James, Barbara Starfield, and Leiyu Shi. “The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998.” Health services research 38.3 (2003): 831-865.

문의 간 유의미한 차이가 없는 반면¹²⁾ 의료 전달체계 내에서 일차 의료 강화 되는 경우 사회적 의료비용은 큰 폭으로 절감된다는 사실이다.¹³⁾

양적 성장 위주의 경제발전, 환경 변화, 의학기술의 발전 및 고령화로 인한 인구의 통계학적 변화가 현대사회의 건강과 복지에 영향을 미치면서 일차 의료의 중요성은 다시 한 번 부각되고 있다. 전통적으로 인류를 위협해 오던 감염성 질환이 줄어드는 반면, 심뇌혈관 질환을 포함하여 암, 당뇨와 같은 만성질환이 빠른 속도로 퍼져나가고 있다. 1999년 44%에 이르던 장애 조정 수명 비율이 2016년 61%로 증가하였다는 조사결과는 이러한 사실을 단적으로 보여주는 예다. 또한 신종 전염병으로 분류되는 정신건강 관련 질병의 부담이 급격하게 증가하면서 비감염성 질환은 보건의료문제를 넘어 사회경제적 발전을 저해하는 주요 원인으로 부상하였다. 감염성 질환의 비율은 줄었으나 한층 강화된 형태로 등장하는 신종 감염성 질환 역시 해결하여야 할 또 하나의 핵심 과제다. 에볼라 바이러스를 포함하여 메르스 등 현재 치료 형태에 내성을 가진 새로운 병원균과 그 확산문제는 지역 보건 시스템의 취약성을 여실히 보여주었다.

점점 더 복잡한 형태로 변화하는 현대사회의 건강요구를 해결하기 위해서는 건강증진 및 질병 예방 정책, 지역사회에 대응 솔루션 등을 고려한 이른바 환자 중심의 다 부문 접근방법이 필요하다. 일차 의료 시스템의 강화는 지역사회 참여 및 교육, 합리적인 처방, 감시 및 조기 대응을 포함하여 지역사회 및 주변 보건 시설 수준을 강화함으로써 예기치 못한 돌발상황으로부터 야기되는 충격을 견디고 회복 탄력성을 구축, 필수 보건 서비스의 지속적인 제공을 보장한다.¹⁴⁾ 일차 의료 강화는 통합적 접근방법이 현대사회의 변화에 부합하

12) Singh, B. M., M. R. Holland, and P. A. Thorn. "Metabolic control of diabetes in general practice clinics: comparison with a hospital clinic." *Br Med J (Clin Res Ed)* 289.6447 (1984): 726-727.

13) 노르웨이에서 수행된 연구결과에 따르면 1차 의료 진료기관의 연간 총 운영비용은 3,230만 NOK에 불과한 반면, 이를 대체 시스템으로 치료하는 경우 3,590만 NOK의 비용이 발생함을 입증, 1차 의료기관의 진료가 사회적 비용을 절감시킨다는 결과를 도출된 바 있다. 이에 대한 자세한 내용은, Aaraas, Ivar, H. Søråsdekkkan, and Ivar Sønbo Kristiansen. "Are general practitioner hospitals cost-saving? Evidence from a rural area of Norway." *Family practice* 14.5 (1997): 397-399 참고.

는 해결책을 제시하면서 일차 의료의 가치는 재정립중이다.

III. 유럽연합의 보건의료 전달체계

1. 서론

1960년대 유럽연합 전체 인구의 10% 미만을 차지하였던 65세 이상 인구의 비율은 2015년 19%로 증가, 2060년까지 전체 인구의 30%에 육박할 것으로 보고되고 있다. 문제는 평균 수명만이 증가하였을 뿐 건강수명이 함께 증가한 것은 아니라는 사실이다. 일례로 유럽연합국 내 복합 만성질환자¹⁵⁾ 5천만 명 중 대부분이 65세 이상인 고령자인 것으로 보고되고 있으며¹⁶⁾ 기대여명의 증가로 그 숫자가 큰 폭으로 증가할 것으로 예측되고 있기 때문이다.

오랜 시간에 걸쳐 발병하며 증세가 장기간 지속되는 반면 치료가 어려운 만성질환의 특성을 반영, 그 위험요인의 관리와 이에 대응하는 건강증진정책의 마련은 유럽연합 국가들의 중요 관심사로 부상하게 되었다.¹⁷⁾ 그 해결책으로써 유럽국가들은 지속적(Continuous)이며 포괄적(comprehensive)이고 조정(co-ordinated)된 관리를 제공하는 “일차 의료” 시스템을 구축¹⁸⁾, 개개인별 최적화된 “돌봄”서비스의 제공을 통해 국민의 삶의 질을 재고하기 위한 노력을 기울이고 있다.¹⁹⁾

14) World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. No. WHO/HIS/SDS/2018.15. World Health Organization, (2018):5-6.

15) 하나 또는 그 이상의 만성질환을 보유한 사람을 의미함.

16) “Which priorities for a European policy on multimorbidity?” European Commission, 2015년 10월 27일, https://ec.europa.eu/eip/ageing/events/which-priorities-european-policy-multimorbidity_en, 2019년 12월 1일 접속.

17) Navickas, Rokas, et al. “Multimorbidity: what do we know? What should we do?.” Journal of comorbidity 6.1 (2016): 4.

18) Scheffler, Richard M., et al. “A manpower policy for primary health care.” New England Journal of Medicine 298.19 (1978): 16-20 참고.

19) Rijken, Mieke, et al. How to improve care for people with multimorbidity in Europe?. World

2. 유럽연합 국가별 현황

가. 일차 의료 시스템 운영 현황

유럽연합의 일차 의료 시스템은 크게, i) 문지기 기능, ii) 진료 제공 방식 iii) 지불 방법의 세 가지 측면에서 검토할 수 있다.

초기 몇몇 국가를 중심으로 시작된 문지기 기능은 유럽연합 내에서 점차 보급되어 현재는 유럽 일차 의료 시스템의 고유한 특징으로서 자리매김하기에 이르렀다. 문지기 기능은 의료자원의 적절한 이용 확보 측면에서 핵심적인 역할을 수행하는데²⁰⁾ 이는 환자와의 첫 접촉 단계인 일차 의사가 예방, 진단 및 치료를 수행하는 동시에 의학적 판단에 기초하여 이차 의료서비스에 대한 접근 여부를 결정함으로써 이차 의료서비스에 대한 환자의 요구를 “조정”(후송 의뢰)하기 때문이다. 유럽연합 소속의 대부분의 국가가 문지기 제도를 통하여 이차 의료서비스 접근을 통제하고 있기는 하지만²¹⁾, 모든 국가에서 문지기 제도를 도입하고 있는 것은 아니다. 환자의 선택권을 존중하여 일차 의사에 의한 추천제도 자체가 부재, 이차 의료서비스에 직접 접근할 수 있는 국가²²⁾도 있고 추천제도는 두고 있지 않지만, 일차 의료 시스템을 통하여 이차 의료서비스에 접근한 경우 경제적 인센티브를 부여, 간접적 형태로 일차 의료 시스템의 이용을 장려하는 국가도 있다.²³⁾

의료 제공 방식은 환자에게 제공되는 의료서비스의 품질에 큰 영향을 미칠 수 있다는 점에서 매우 중요한 요소로 평가된다.²⁴⁾ 그룹 진료와 개인 진료의

Health Organization, Regional Office for Europe, (2017):7.

20) 일차 의료체계에서 문지기 제도를 두는 경우 보건의료 서비스 이용도가 낮아지고 의료비 지출이 큰 폭으로 줄어든다는 사실은 수많은 연구결과들을 통하여 검증된 사실이다.

21) 불가리아, 크로아티아, 에스토니아, 핀란드, 헝가리, 아일랜드, 이탈리아, 리투아니아, 네덜란드, 폴란드, 슬로베니아, 스페인, 스웨덴, 영국 등.

22) 오스트리아, 사이프러스, 체코공화국, 독일, 그리스, 룩셈부르크.

23) 벨기에, 덴마크, 프랑스, 라트비아, 몰타, 루마니아, 슬로바키아 공화국 등.

24) 연구결과에 따르면 그룹 진료 관행은 다른 지역의 진료 공급자와의 협력을 통하여 진료 조정을 장려하고 전반적으로 진료의 질을 향상시키는 것으로 나타나고 있다. 이에 대한 자세한 내용은 Mousquès, J., and F. Daniel. “The Impact of Multiprofessional Group Practices on the Quality of General Practice.” *Questions d'économie de la santé* 211 (2015)

효과를 비교하기 위하여 이루어진 최신 연구에 의하면 여러 지표에서 그룹 진료료가 개인 진료에 비하여 효과적이라는 사실이 검증된 반면, 다른 직역의 의료 제공자와의 상호 작용의 결여는 오히려 치료를 방해하는 주요 원인이라는 결과²⁵⁾가 보고된 바 있다. 현재 유럽연합국 일차 의료의 절반 이상은 개인 제공 형태를²⁶⁾, 나머지 절반은 다른 직역의 일반실무자, 건강전문가와 협업하는 그룹제공 형태를 취하고 있다.²⁷⁾ 주목하여야 할 점은 그 우수성이 속속 검증되면서 이른바 협업을 바탕으로 하는 그룹제공 형태가 점차 보편화 되고 있다는 사실이다. 개인 제공 형태를 취하는 국가도 환자 진료에 대한 접근성 개선 및 독자 진료로 인한 제약과 고립을 피하기 위하여 점차 다른 직역과의 협업을 모색하는 추세에 있으며 종전 그룹제공 형태를 취하던 국가들 역시 협업하는 직역의 범위를 점점 더 확대하고 있다.²⁸⁾

유럽연합의 의료서비스 지불 방식은 크게 인두제(Capitation)²⁹⁾, 총액 계약제(Global budget)³⁰⁾와, 행위별 수가제(Fee-for service)³¹⁾로 구성되며 국가별로 의료비 지불 체계는 상이하다. 전통적으로는 단일 지불제도를 취하는 국가들이 대부분이었으나 이른바 지불 메커니즘이 의료서비스의 접근성 및

참고.

- 25) Kringos, Dionne S., et al. Building primary care in a changing Europe. Case studies. WHO Regional Office for Europe, (2015).
- 26) 오스트리아, 벨기에, 불가리아, 크로아티아, 체코, 덴마크, 에스토니아, 독일, 헝가리, 룩셈부르크, 몰타, 루마니아, 슬로바키아.
- 27) 사이프러스, 핀란드, 프랑스, 그리스, 아일랜드, 이탈리아, 라트비아, 리투아니아, 네덜란드, 폴란드, 포르투갈, 슬로베니아, 스웨덴, 스페인, 영국.
- 28) 가장 많은 직역의 전문가들이 협업하는 국가는 핀란드로서 7개 직역이 협업하는 형태를 취하고 있으며, 사이프러스와 스페인은 6개, 스웨덴과 영국은 5개로 그 뒤를 잇고 있다.
- 29) 인두제는 의사가 맡고 있는 환자 수(환자의 “등록”에 의하여 결정됨) 에 일정 금액을 곱하여 이에 상응하는 보수를 지급하는 방식으로 1차 보건의료에 주로 적용되는 방식이다.
- 30) 총액 계약제는, 보험자와 의사협회 간 국민에게 제공되는 의료서비스에 대한 진료비 총액을 추산, 협의한 뒤 의사에게 사전에 결정된 진료비 총액을 지급하는 방식을 의미한다. 총액 계약제를 취하는 경우, 보건의료 부문 비용에 대한 효과적 통제가 가능한 반면, 의료서비스 제공자의 과소진료, 환자 기피현상 같은 부작용이 발생할 수 있다.
- 31) 행위별 수가제는 진료에 소요되는 약제, 재료비를 별도로 산정, 진료행위 하나하나에 항목별로 가격을 책정한다. 진료에 많은 시간이 소요되거나 특별한 기술 또는 많은 치료 재료가 소요되는 질병의 경우 많은 보상이 지급된다는 특징이 있다.

품질 향상, 효율성 제고를 포함하여 특정 건강목표 달성을 위한 유용한 도구가 될 수 있다는 인식이 확산되면서³²⁾ 단일 지불 방식을 취하는 국가는 현재 매우 소수³³⁾이며 각 지불제도가 가진 특성을 조합하는 혼합 지불 형태가 최근의 경향이다.

나. 일차 진료 품질 향상을 위한 정책 방향

(1) 접근성 확대 및 불필요한 의료기관 이용 절감

유럽연합 국가들은 불필요한 병원 이용(특히 응급실 방문)을 줄이기 위하여 무엇보다도 선행되어야 하는 것이 일차 의료서비스의 접근성 확대라고 판단, 이른바 “시간 외 진료 서비스(Out of Hours)” 확보를 위한 다각적 노력을 기울이고 있다.³⁴⁾ 주 7일 24시간 운영되는 일차 진료 시스템의 확대는 앞서 검토하였던 “그룹 진료”가 보편화 되는 이유기도 하다. 협업을 바탕으로 하는 그룹 진료는 치료의 질에 있어서도 우수하지만, 일차 의료 클리닉 종사자들의 업무부담을 완화함으로써 환자 안전을 확보, 지속적이며 안정적인 의료서비스 공급을 가능하게 하고 있다. OOH가 가장 잘 갖추어진 나라 중에 하나로 네덜란드가 손꼽히고 있는데, 네덜란드에서는 일신상의 불편이 발생하는 경우, 환자는 우선 일차 의료진(HAP, Huisartsenpost)에게 전화를 걸고, 일차 의료진(의사·의사 보조원·간호사 등)은 의학적 판단에 기초하여, 환자가 직접 수행할 수 있는 응급처치 방안을 제시, 환자가 클리닉 운영 시간에 맞춰 내원할

32) OECD는 일차 진료에 있어 혼합 지불 메커니즘은 전통적 지불 방법의 단점을 보완, 인센티브를 제공함으로써 특정 건강목표 달성을 위한 유용한 도구가 될 수 있다고 지적한 바 있다. 이에 대한 자세한 내용은, “OECD Health Policy Studies—Better Ways to pay for Health Care.” OECD Library, 2016년 7월 29일, https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/better-ways-to-pay-for-health-care_9789264258211-en#page1. 2019년 12월 2일 접속, 38면 이하 참고.

33) 오스트리아, 사이프러스, 독일, 몰타가 행위별 수가제를, 핀란드와 그리스가 인두제를 취하고 있다.

34) Berchet, Caroline, and Carol Nader. “The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries.” (2016):8-14.

수 있도록 안내하게 된다. 단 응급을 요하는 환자의 경우 우선 가까운 일차 의료 클리닉에 내원할 것을 조언하게 되는데 환자의 상황이 응급실을 방문할 수 없는 경우, 응급실 또는 119로 후송되게 된다.³⁵⁾ 네덜란드는 24시간 주 7일로 운영되는 일차 의료 시스템을 구축, 일차 의료서비스 접근성을 향상시키고 경미한 증상의 치료를 위한 불필요한 응급실 병상 점유를 줄임으로써 의료자원 배분의 효율성을 강화하고 있다.

(2) 보건의료 직역 간 협업 강조

급격한 인구 고령화, 만성질환의 확산이 질병의 패러다임을 바꾸면서 의료 서비스의 방향도 치료를 넘어 질병의 예방, 포괄적이며 지속적인 관리로 변화하고 있다. 치료 중심 시대에 이른바 All-around player로써 의사 1인의 역할이 절대적이었다면 예방과 관리의 시대에 이르러 지역사회를 기반으로 한 “돌봄”의 필요성이 증가하면서 의사 이외에 새로운 형태의 의료인력의 필요성이 제기되고 있다. 이러한 문제의식을 바탕으로, 유럽연합 국가들은 일차 간호사와 지역사회 약사 업무 범위 확대를 중요한 정책 수단의 하나로서 추진 중이다. 실제로 추가 교육 개발을 통하여 간호사가 환자 퇴원 후 프로토콜, 환자 교육 및 만성질환 관리에 참여할 수 있도록 하는 나라도 있으며 주요 만성질환의 치료 및 예방에 지역 약사들을 참여할 수 있도록 하는 나라도 있다.³⁶⁾ 점점 더 복잡한 양상으로 변화하는 환자의 요구를 충족시키기 위하여 다학제 간 협업의 필요성이 증가하면서 각국은 독자적 돌봄 모델을 개발, 운영함으로써 변화된 시대의 요청에 호응하고 있다.³⁷⁾

35) 스웨덴과 핀란드가 해당된다. 이에 대한 자세한 내용은, OECD/EU. “Health at a Glance: Europe 2016-State of Health in the EU Cycle.” (2016):47-48 참고.

36) 핀란드의 경우가 그렇다. 이에 대한 자세한 내용은, OECD/EU. “Health at a Glance: Europe 2016-State of Health in the EU Cycle.” (2016):49 참고.

37) 벨기에는 2016년도부터 일차 진료의사, 간호사, 보건의료 특수인력, 사회복지사, 등 다양한 직역으로 구성된 새로운 통합 의료모델을 개발, 수평 거버넌스를 기반으로 환자 치료를 담당하도록 하고 있으며 슬로베니아 역시 이와 유사한 모델을 개발, 전문간호사에 의한 치료 및 조정이 시행 중이다. 북유럽의 대표적 복지 강국 노르웨이는 중간 간호시설

(3) 지불제도 개선

전통적으로 진료비 지불제도의 목적이 의료서비스 보장성의 확대 및 의료비 통제에 맞추어져 있었다면 최근 들어 지불보상방식이 특정 건강목표 달성을 위한 유용한 도구로 활용될 수 있다는 인식이 확산되면서 각국은 새로운 형태의 진료비 지불제도를 도입, 기존의 지불제도가 가진 한계를 보완하고 있다.

새로운 형태의 지불제도는 경제적 인센티브를 활용하여 민간의 자발적 참여를 유도, 국가적으로 설정한 보건의료 목표달성을 촉진하고자 한다.

유럽연합 대부분의 국가들이 시행 중인 성과연동 지불제도(P4P)는 특정 목표를 충족하는 경우 인센티브를, 특정 목표달성에 실패한 경우 페널티를 부과하고 있으며, 프랑스는 2009년부터 ENMR, Expérimentations de nouveaux modes de rémunération를 도입, 이른바 바람직한 서비스³⁸⁾로 분류되는 특정 요소를 활용하여 환자를 진료한 경우 환자당 정액의 진료비를 지급함으로써 민간부문의 협업을 독려 중이다. 최근 몇몇 국가에서 도입된 또 다른 접근방법은 이른바 Bundle 방식으로서 환자 그룹별 단일수가를 설정한다. Bundle 방식은 치료의 시작부터 회복까지 제공되는 모든 의료서비스를 하나의 Bundle로 묶어 비용 대비 의료서비스의 질과 치료결과를 평가³⁹⁾, 일차 의사가 전담하여 관리한 특정 인구집단에 대하여 건강 지표상 절감액이 발생하는 경우 이를 담당 의사에게 돌려주는 형식을 취하고 있다.⁴⁰⁾ 종전 의료비 지불제도가 단순 계산기술로서 투입별 비용에 대한 보상을 의미하는 데 그쳤다면 새로운 형태의 지불제도는 성과보상이라는 유인을 통하여 의료서비스의 질적 향상을 촉진하고 있다.

을 설립, 운영 중인데 국가는 이를 통하여 일차 의료체계를 강화하고 의료접근성을 상당 부분 향상시키고 있다.

38) i) 조정활동, ii) 새로운 서비스 제공, iii) 전문가 간 협력이 이른바 “바람직한 예”로서 명시되어 있다.

39) “건보 심사체계 개편안은 진료비 지불제도 개편이 목적”, 청년의사, 2019년 1월 2일, <http://www.ocdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1064005>. 2019년 12월 3일 접속 참고.

40) 강희정, “가치 향상과 의료 혁신을 위한 건강보험 지불제도 개혁 방향”, 보건복지포럼(제 248권), 한국보건사회연구원, 2017, 64면.

(4) 모니터링 시스템 구축

환자의 요구에 맞는 최적의 일차 의료 시스템의 구축을 위해서 개별 환자들의 니즈를 파악하는 것이 무엇보다 중요함에도 불구하고, 투입과 활용에 초점을 맞추고 있는 현행의 평가 지표로는 일차 의료서비스가 민중의 건강지표 향상에 어떻게 기여하는지, 제공되는 서비스의 질과 양이 사람들의 기대와 요구를 충족시키는지⁴¹⁾ 등을 포착하지 못해왔다. 이에 따라 유럽연합을 중심으로 현행의 결과측정 방식은 이른바 경험측정(PROM, patient-reported outcome measures) 방식으로 빠르게 변화하고 있다. 시대적 변화에 발 빠르게 대응한 영국은 품질 및 성과 프레임워크(Quality and Outcomes Framework)를 구축, 개별 공급자 수준에서 만성질환 예방관리, 노인 간호, 정신건강에 관한 광범위한 결과지표를 보고하도록 하고 있으며 포르투갈 역시 이와 유사한 제도를 두어 만성질환, 정신건강, 의약품 및 환자 경험과 관련된 일차 의료 수준 품질 관련 데이터를 수집, 모든 의료 제공자들이 해당 정보에 접근할 수 있도록 하고 있다. 이러한 세계적 흐름 속에서 최근 OECD는 환자보고 지표 조사(PaRIS, Patient-Reported Indicator Survey) 시작⁴²⁾, 글로벌 스탠더드를 제시하였는데 환자 경험평가가 공식적 제도로 자리매김함으로써 향후 환자 중심의 의료문화가 전 세계적으로 확산 될 것으로 보인다.

다. 시사점

기존의 의료전달체계로는 급속한 고령화 및 질병 패러다임의 변화, 삶의 질 향상을 향한 민중의 욕구를 감당하기 어려워지면서 유럽연합국가들은 지속적

41) "Realising the Full Potential of Primary Health Care." OECD, 2019년 5월 17일, <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf>. 2019년 12월 3일 접속, 12.

42) PARIS는 만성질환자들의 결과와 경험을 측정, 분석하기 위한 도구로서 마련되었다. 이에 대한 자세한 내용은 "OECD Paris Initiative: Assessing Health Systems Through the Patient's Eyes." European Patients Forum, n.d., <https://www.eu-patient.eu/News/News/oecd-paris-initiative-assessing-health-systems-through-the-patients-eyes/>. 2019년 12월 4일 접속 참고.

이며 포괄적이고 조정된 관리를 제공하는 일차 의료 시스템을 구축, 그 품질 향상을 위하여 다각적인 노력을 기울이고 있다.

유럽 일차 의료의 특징으로도 불리는 문지기 제도는, 일차 의료 제공자인 의사가 의학적 판단에 기초, 상급병원 후송의뢰를 담당하게 함으로써 불필요한 의료비 지출을 막고 의료자원 배분의 효율성에 기여하고 있다. 현재 유럽연합 내에서는 보건의료인간 협력체계 구축을 통하여 그룹제공 형태의 의료서비스 제공이 보편화 되는 추세에 있는데 다학제 간 검토를 통하여 진료 서비스의 품질이 높아질 뿐 아니라 일차 개원클리닉의 업무 부담을 줄임으로써 주7일 24시간 운영체제를 확산, 결과적으로 의료서비스의 접근성을 크게 향상시키고 있다. 이에 더하여, 새롭게 도입된 형태의 지불제도는 인센티브 지급·페널티 부과·특정 진료 형태 유도를 촉진함으로써 투입 별 비용 보상이라는 단순한 계산기술을 넘어 의료서비스의 질적 향상이라는 가치추구를 가능하게 하고 있다. 현재 유럽연합을 중심으로 현행의 결과측정 방식으로는 환자의 요구에 맞는 최적의 일차 의료 시스템의 구축이 어렵다는 인식이 공유되면서 데이터 분석 방법은 이른바 경험 측정방식으로 빠르게 변화중이며 축적된 데이터를 활용, 이를 의료현장에 반영하는 국가들도 속속 등장하고 있다. 최근 OECD는 환자 경험평가의 글로벌 스탠더드로서 (PaRIS, Patient-Reported Indicator Survey)의 도입을 공식적으로 천명하였는데 이를 통해 향후 환자 중심의 의료 문화는 유럽을 넘어 전 세계적으로 확산될 것으로 전망된다.

IV. 국내 보건의료 전달체계의 현황 및 문제점

1. 종별의료체계 붕괴와 상급종합병원 쏠림현상

1977년 이래 시행된 전 국민건강 보험제도는 가계의 의료비 부담을 감소시킴으로써 의료서비스 접근성을 큰 폭으로 확대하였다. 이와 더불어 역대 정부가 건강보험 보장성 강화를 보건의료정책의 주요 과제로 추진하면서 국내 의

료 소비자는 비교적 적은 비용으로 양질의 의료서비스를 이용할 수 있게 되었다. 문제는 본인 부담이 거의 없거나 소액만 지불 하도록 하는 의료급여 시스템이 보다 나은 의료서비스를 받고 싶어 하는 의료 소비자의 욕구와 만나면서 현재와 같은 종합병원이나 상급종합병원으로의 기형적인 환자 쏠림현상을 야기하고 있다는 사실이다. 물론 현행법이 의료자원의 합리적 배분을 위하여 어떠한 안전장치도 마련하여두지 않은 것은 아니다. 입법자는 의료법 제3조 이하에 의료기관 종별 구분을 통하여 의원·병원-종합병원-상급종합병원의 삼분체제로 구분하고 있으며, 합리적인 의료이용을 유도하고 대형병원으로의 환자 집중현상을 방지하기 위하여 의료급여법 시행규칙 제2조에서 요양급여를 2단계로 구분, 장기 치료가 필요하다고 판단되는 2단계 급여를 받기 위해서는 의사 소견서를 요구하도록 하였다. 그러나 보험적용을 받지 않는다는 전제하에서 의원·병원급 의료기관을 거치지 않고 바로 상급종합병원에 가는 것 자체가 금지되어있는 것은 아니며, 상급종합병원 진입의 일차적 통제자 역할을 하는 병·의원의 의료진의 경우 의학적 판단에 근거하여 소견서를 작성하기보다는 환자의 요청에 의하여 소견서를 발급하는 것이 업계의 관행이 되어버리면서⁴³⁾ 의사 소견서는 요식행위에 그치고 있다. 사실상 동 법 제5조에 근거하여 실시되는 진료비 차등 제도가 경증 외래환자의 상급종합병원 이용 억제를 유도하는 유일한 정책이지만 최근 들어 국민건강 보험 혜택과 의료서비스의 보장을 확대, 국민의 의료비 부담을 경감 할 수 있도록 하는 정책이 다수 시행되면서 그마저도 큰 기능을 하고 있지 못한 실정이다. 과연 상급종합병원 쏠림 현상은 오로지 의료 소비자의 잘못된 욕구로부터 비롯된 것일까? 한국보건사회연구원이 수행한 「미래 보건 의료 정책 수요 분석 및 정책 반영 방안 연구」에 따르면 의원급 의료기관 이용 1개월 이내에 동일 질환으로 대형병원을 이용한 적이 있다는 응답자는 무려 24.7%에 달했는데 응답자의 절반 이상이 자의로 대형병원 재방문을 결정하였다고 답하였다.⁴⁴⁾ 대형병원을 재방문한 이유로

43) “서울 병원으로 가라”, 진료의뢰서 맘대로 못 쓴다 ...꼭 필요한 경우만”, 뉴스원, 2019년 9월 4일, <http://news1.kr/articles/?3712116>. 2019년 12월 4일 접속.

가장 많은 응답자가 “보다 전문적인 검사-치료를 위해서”를 “신뢰할 수 있는 검사 결과를 얻기 위해서”를 그 이유로 꼽았다. 주목할 만한 사실은 전체 응답자의 39.1%가 “신뢰할 만한 경력이 있는 의사나 전문의가 진료한다면 동네 의원을 이용할 의사가 있다.”⁴⁵⁾라고 대답하였다는 사실이다. 의료소비자 입장에서 내 주변의 믿고 신뢰할 만한 의료기관이 있다면 이를 이용하고는 싶지만, 의학적 지식이 부족한 일반 국민으로서는 내 증상이 무엇이며 어떠한 진료과로 가야 하는지를 알 수 없는데다가, 현행 의료체계에는 적정 의료기관으로 안내해주는 체계가 부재하기 때문에⁴⁶⁾ 기왕 지출하여야 할 의료비라면 유명 의료진과 첨단 의료시설이 갖추어진 상급종합병원을 방문, 의료의 질과 안전성을 보장받고 싶다는 심리가 작용하여 현재와 같은 기형적인 상급종합병원 쏠림현상이 나타나고 있는 것이다. 생각건대 현존하는 문지기 제도를 강화, 이차 의료서비스에 대한 접근 통제를 통해 무너진 중별 의료체계를 바로잡아야 하며 의료자원 배분의 효율성을 도모하여야 할 필요가 있다.

2. 의사 부족 현상

OECD 보건통계(Health Statistics) 2019에 따르면 우리나라의 임상 의사의 수는 인구 천 명 기준 2.3명으로, 인구 천 명 기준 3.4명의 임상 의사를 보유하고 있는 OECD 회원국의 평균보다 부족한 것으로 나타나고 있다. 반면 국민 1인당 외래진료 횟수는 16.6회, 재원 일수는 18.5회로 조사되었는데 이는 OECD 국가 평균의 두 배를 넘는 수치다.⁴⁷⁾ 2030년까지 9,960명가량의 의사 인력이 더 부족해질 것으로 예상되면서 의료인력 수급관리문제는 보건의료계

44) 황도경·안수인, 위의 보고서, 119면.

45) 황도경·안수인, 위의 보고서, 123면.

46) “[논평] 의료공급체계에 대한 국민적 신뢰가 먼저 담보되어야 한다 -의료전달체계 개선 대책에 대한 입장-”, 건강세상네트워크, 2019년 9월 10일, http://www.konkang21.or.kr/bbs/board.php?bo_table=sotong_statement&wr_id=195. 2019년 12월 4일 접속.

47) “OECD Health Statistics 2019.” OECD, 2019년 11월 15일, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>. 2019년 11월 27일 접속.

의 핵심 이슈로 부각되기에 이르렀다. 의사 인력 확보를 둘러싼 문제가 복잡한 이유는 의사가 양적으로만 부족한 것이 아니며 일부 의료취약지역 기피, 특정 과목 지원 미달과 같이 분포적 차원에서 또한 불균형이 존재하기 때문이다. 단순히 의사수를 늘이는 것만으로는 근본적인 문제해결이 어려운 이유다. 인구 고령화와 만성질환의 증가로 질병의 패러다임 또한 변화하면서 이른바 All-around player로서 “의사 중심”의 “급성기 질환 치료”의 현행 진료체계를 개혁, “보건의료인간 협업”을 통한 “예방, 관리 건강증진 위주”의 의료 시스템을 구축하여야 한다는 의견이 힘을 얻고 있다. 이러한 문제의식을 바탕으로 최근 보건복지부는 대한의사협회, 대한병원협회, 대한간호협회, 대한전공의협의회, 대한의학회, 병원간호사회 등 유관단체들과 함께 “진료보조 업무 범위 논의 협의체”를 구성⁴⁸⁾함으로써, 현대보건의료체계에 부합하는 의사-간호사 업무분담 체계 마련을 위한 대화의 장을 열었으며, 의사 한의사가 하나의 상병에 대해 협진한 경우 수가를 산정, 경제적 인센티브를 부여하는 의사 한의사 협진 3단계 시범사업을 시작하였다.⁴⁹⁾ 의료인력 수급관리 문제는 안정적인 의료공급 체계 구축을 위한 핵심 요소이며 의료서비스의 접근성 확보 성패를 가르는 필수적 조건이다. 의사의 수를 늘리는 것도 대안의 하나가 될 수는 있겠으나 현존하는 보건의료 인력을 재배치하여 그 효율성을 제고하는 방안 역시 모색하여야 한다. 또한, 외국의 예와 같이 보건의료 직역 간 협업 및 그 범위의 점진적 확대를 통하여 변화된 의료현실에 부합하는 보건의료전달체계를 구축하여야 한다.

48) 보건복지부 「의료인 업무범위 논의 협의체」 제1차 회의 개최 보도자료 중 발췌. 이에 대한 자세한 내용은 “「의료인 업무범위 논의 협의체」 제1차 회의 개최”, 보건복지부, 2019년 6월 5일, https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=349667. 2019년 11월 19일 접속 참고.

49) “보도자료-양질의 협진 서비스 제공을 위한 의-한 간 협진 3단계 시범사업 시행”, 보건복지부, 2019년 10월 15일, https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=351185. 2019년 12월 4일 접속.

3. 과잉진료를 유발하는 지불체계

전통적으로 진료비 지불이 의료공급자에게 제공되는 금전적 보상이라고만 이해되어왔다면 근래에 들어 지불제도가 의료의 질, 환자의 의료이용 행태 조절을 통한 의료자원의 효율적 배분, 국민 총 의료비 지출 절감과 밀접한 관련을 가지는 요소라는 인식이 확산되면서 국내 실정에 맞는 새로운 진료비 지불제도를 개발, 현행의 지불제도가 가진 한계를 보완하여야 한다는 주장이 제기되고 있다. 1979년 이래 우리나라는 실제로 제공된 의료서비스 항목 단가 및 제공 횟수만큼 진료비를 계산하는 방식인 행위별수가제를 바탕으로 4개 진료과 7개 질병군에서 포괄수가제를 도입, 중증도를 반영한 61개 질병에 대하여 사전에 정해진 진료 건당 진료비를 지불하도록 하고 있다. 그러나 환자에게 더 많은 진료를 제공할수록 의사의 수입이 늘어나게 되는 행위별수가제의 속성상 의료기관의 환자에 대한 과잉진료 문제가 끊임없이 제기되어 왔으며 적은 횟수의 철저한 검사보다는 짧고 빈도가 높은 진료가 유도됨으로써 잦은 외래이용, 긴 대기시간 등 국민경제적 측면에서 비효율성이 야기되어 왔다.⁵⁰⁾ 또한, 진료내역이 비교적 단순하고 진료 성과의 편차가 작은 질병군만을 선택하여 적용하는 기존 포괄수가제의 모형이 보다 복잡한 질병군을 대상으로 정량화된 지불액을 도출하기 어렵다는 한계점을 가지면서⁵¹⁾ 보건복지부는 지난 2009년부터 일부 공공병원을 중심으로 입원 기간 발생한 입원료, 처치 등 진료에 필요한 사항은 포괄수가제를 적용하되 수술이나 시술 등은 행위별수가제를 적용하는 이른바 신포괄수가제를 운영, 진료 효율성을 높이기 위한 노력을 기울이고 있다. 그러나, 신포괄수가제 모델 역시 의료자원 소모가 상이한 질환군, 저빈도 질병, 진료비 예측이 어려운 일부 질병에서는 여전히 정량화된 지불액을

50) “진료비 지불제도”, 건강보험심사평가원, n.d., https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020022000000&cmsurl=/cms/policy/02/01/1341864_27024.html&subject=%ec%a7%84%eb%a3%8c%eb%b9%84%ec%a7%80%eb%b6%88%ec%a0%9c%eb%8f%84. 2019년 12월 21일 접속.

51) 강길원, “신포괄수가제 시범사업의 성과와 과제”, HIRA정책동향(제10권 2호), 건강보험심사평가원, 2016, 39-40면.

도출하지 못한다는 한계를 가지고 있으며 의료 현장에서는 신포괄수가제 도입 이후 재원 일수 감소의 효과는 커졌을지언정 신포괄수가제가 입원 기간과 의료자원 투입에 따라 결과가 달라지는 재활치료의 현실을 반영하지 못하여 급성기 환자의 재활치료 기회를 박탈하고 있다는 문제점을 지적하고 있다.⁵²⁾ 생각건대 빠른 속도로 변화하는 의료 환경에서 정확한 수가 산출이 항상 가능한 것은 아니라는 점, 질병의 양상이 급성질환에서 만성질환으로 변화하고 있어 통합적이며 장기적인 관리가 필요하여 정확한 상병기재에 근거한 현행의 진료비 지불제도로는 이를 반영하기 어렵다는 점, 국가주도의 진료비 통제는 한계가 있으며 의료의 질적 향상을 위해서는 보다 강력한 유인이 제공되어야 한다는 점 등을 고려하였을 때 향후 진료비 지불체계의 방향은 앞서 검토하였던 유럽연합의 예와 같이 질병에 대한 통합된 관리를 유도하고, 환자에게 제공된 의료의 질과 소요된 비용을 기반으로 차등하여 지불함으로써 의료현장의 자발적 협력을 촉진하도록 하는⁵³⁾ 가치기반 지불제도로 변화하여야 한다.

4. 모니터링 시스템의 부재

최근 한국리서치가 서울대 보건대학원 유명순 교수팀과 공동으로 수행한 설문 조사결과에 따르면 전체 응답자의 95%가 건강 정책에 있어 가장 중요하게 생각하는 요소로 “의료의 질과 안전”을 꼽았으며 건강 정책의 중요도를 5점 척도로 평가하도록 하는 문항에서도 “국민이 안심하고 이용하도록 보건의료 서비스의 질과 안전을 보장하는 정책”이 평균 4.37로 가장 높은 점수를 기록하였다. 국민들을 중심으로 의료의 질과 안전성을 확보하는 것이 보건의료정책의 근간이 되어야 한다는 인식이 확산되면서 보건당국 역시 의료의 질과 안전성을 확보하기 위한 다양한 노력을 기울이고 있다. 현재 우리나라는 적정 수준

52) “[기획]신포괄수가제, 의료비 급증시대 해결사 될까”, 청년의사, 2019년 12월 10일, <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1075016>. 2019년 12월 21일 접속.

53) 강희정, “가치 향상과 의료 혁신을 위한 건강보험 지불제도 개혁 방향”, 보건복지포럼(제 248권), 한국보건사회연구원, 2017, 62-65면.

의 의료의 질 확보와 자발적 질적 향상을 도모하기 위하여 전문의의 수련 및 자격인정 등에 관한 규정 제6조 및 제17조에 근거하여 병원신임평가제도를 시행하고 있으며 의료법 제58조에 근거하여 의료기관 평가인증제도를 운영 중이다. 그러나 두 제도 모두 보건복지부가 그 평가주체라는 점, 전자의 경우 평가 결과가 사실상 전공의 정원 책정에 활용되는 데 그치고 있으며 후자의 경우 요양병원과 정신병원을 제외하고는 인증신청이 의료기관의 자율에 맡겨져 있어 참여율이 저조, 제도의 존재 이유 자체가 의문시되는 상황이다.⁵⁴⁾ 관이 중심이 되는 현행의 결과측정 형태의 의료서비스 및 의료기관 평가 방식이 주는 장점도 분명 있지만, 날이 갈수록 복잡하고 다양해지는 환자의 요구를 충족시키기 위해서는 환자가 주체가 된 경험측정 방식을 도입, 그 결과를 의료현장에 반영함으로써 현행의 결과측정 방식이 가진 한계를 보완하여야 할 필요가 있다.

V. 결론

전통적으로 인류를 위협해 오던 감염성 질환이 줄어드는 반면, 심뇌혈관 질환을 포함하여 암, 당뇨와 같은 만성질환이 빠른 속도로 퍼져나가고 있다. 오랜 시간에 걸쳐 발병하며 증세가 장기간 지속되지만 치료가 어려운 만성질환의 특성을 반영, 그 위험요인의 관리와 이에 대응하는 건강증진정책의 마련은 세계 각국의 중요 관심사로 부상하게 되었다. 일차 의료 시스템이 점점 더 복잡한 형태로 변화하는 현대사회의 건강요구에 부합, 건강증진 및 질병 예방 정책, 지역사회에 대응 솔루션 등 이른바 환자 중심의 다 부문 접근방식을 제공하면서 변화된 의료 환경에서 일차 의료의 가치는 다시 한 번 부각 되고 있다.

치료 중심 시대에 이른바 All-around player로써 의사 1인의 역할이 절대적

54) 강희정·오윤섭·백혜연·하술익·김소운·서은원·홍재석·박종현·조해곤, “2017 한국 의료 질 보고서-한국 의료시스템의 혁신 성과 평가 (II)”, 한국보건사회 연구원, 2017, 384면.

이었다면 예방과 관리의 시대에 이르러 지역사회를 기반으로 한 “돌봄”의 필요성이 증가하면서 유럽연합은 의사 이외의 새로운 형태의 의료인력을 양성, 이들 간 협업을 바탕으로 한 독자적 돌봄 모델을 구축하고 있다. 새로운 형태의 의료공급모델은 환자 중심적 의료서비스 제공을 가능하게 하는 동시에 일차개원가의 업무부담을 분산시키고 있는데 이를 통해 주7일 24시간 운영되는 일차진료 시스템이 보편화 되면서 유럽연합 내 일차 의료의 접근성은 큰 폭으로 확대되고 있다. 이 외에도 성과보상을 유인하게 하는 새로운 형태의 의료비 지불제도의 도입, 환자의 경험을 측정, 이를 의료현장에 반영하도록 하는 선순환적 모니터링 시스템의 구축을 통하여 유럽연합 내 일차 의료서비스는 품질 및 성과는 큰 폭으로 향상되고 있다.

현행 의료법상 우리나라의 의료체계는 의원·병원-종합병원-상급종합병원의 3 체계로 구성되어 있으며 요양급여의 종류 역시 하루 이틀 정도의 진단과 치료가 필요한 1단계 급여와 보다 장기 치료가 필요한 2단계로 구분, 2단계 요양급여를 받기 위해서는 의사 소견서를 요구하고 있다. 그러나, 진료비를 사비로 부담하는 경우 상급종합병원에 바로 내원하는 것 자체가 금지되어있는 것은 아니며, 의학 전문가인 의사의 판단보다는 환자의 요구에 의하여 의사 소견서를 작성하는 것이 업계의 관행으로 보편화 되면서 의료기관의 종별 구별 및 요양급여 차등지급제도는 사실상 실효성을 잃었다는 비난을 면하지 못하고 있다. 의료기관의 선택이 사실상 개인의 재량에 맡겨졌으나 의료전달체계의 문지기로서 3차 의료서비스에 대한 환자 요구를 “조정”하는 병·의원급 의료기관이 제 역할을 하지 못하면서 상급종합병원 몰림 현상과 같은 기형적인 쏠림 현상이 발생하고 있으며 이 병원 저 병원을 다니며 의료서비스를 “쇼핑”하는 현상 또한 만연한 실정이다. 또한, 의료 제공자에게 비용 절감의 유인이 어려운 현행의 행위별 수가제의 특성상 고비용 비효율적인 의료이용 행태가 만연하면서 건강보험제도의 재정 건전성은 심각한 타격을 받고 있다.

의료서비스의 최초 접촉 지점으로서 일차 의료의 의미를 재정립할 필요가 있다. 현존하는 문지기 제도를 강화, 이차 의료서비스에 대한 접근 통제가 필요

하다. 그러나 일차 의사가 이차 의료서비스에 대한 접근 여부를 전담하여 결정하도록 하는 경우 환자의 선택권을 과도하게 침해한다는 문제가 제기될 수 있으므로 현행의 제도를 보완, 일차 의료 시스템을 통하여 이차 의료서비스에 접근한 경우, 보다 큰 인센티브를, 이러한 과정 없이 바로 이차 의료서비스에 접근한 경우 디스인센티브를 부과하는 방법 등을 고민해볼 필요가 있다.

유럽연합 국가에서 활용되고 있는 새로운 진료비 지불제도 및 모니터링 시스템은 우리의 의료 시스템에서도 충분히 적용이 가능한 부분으로 보인다. 점진적 입법을 통하여 성과연동 지불제도(P4P)와 Bundle 방식의 도입을 검토, 인센티브 지급·페널티 부과·특정 진료 형태 유도를 촉진함으로써 일차 의료서비스의 신뢰성 제고와 의료자원의 효율적 배분을 도모하여야 한다. 또한 우리 현실에 부합하는 독자적 모니터링 시스템을 개발, 환자의 요구와 기대에 부응하는 환자 중심의 보건의료 시스템을 구축해 나가야 한다.

보건복지부와 보건사회연구원이 65세 이상 노인 10,299명을 대상으로 수행한 노인실태조사에 따르면 조사 대상 노인의 89.5%가 만성질환을 가지고 있다고 응답. 이 중 2개 이상의 만성질환을 지니고 있는 복합이환자는 전체 응답자의 73.0%에 달하는 것으로 조사되었다.⁵⁵⁾ 한국인의 기대수명이 82세인데 비하여 건강수명은 64세에 불과하다는 연구결과⁵⁶⁾ 노년 인구의 삶의 질 확보 측면에서 만성질환의 국가적 관리 필요의 시급성을 보여주는 단적인 예라고 할 수 있다. 향후 고령화 현상은 더욱 급속하게 진행될 것으로 예상되고 있는데 2019년 현재 총 768만 5천 명으로 전체 인구에 14.9%를 차지하는 65세 이상 고령 인구는 그 수가 점점 증가하여 2067년에는 전체 인구의 46.5%에 육박할 것으로 추산되고 있다.⁵⁷⁾ 생각건대 변화된 의료 환경을 반영, 현행의

55) 정경희 외, “2017년도 노인 실태조사”, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2017, 310면.

56) “기대수명 및 유병기간 제외 기대수명”, 보건복지부, 2018년 12월 16일, http://www.index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxMainPrint.do?idx_cd=2758&board_cd=INDX_001. 2019년 12월 5일 접속.

57) “남녀별 연령별 인구 구조”, e-나라지표, 2019년 4월 1일, http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1010. 2019년 12월 5일 접속.

급성기 치료 중심의 의료 시스템을 일차 의료서비스의 강화를 통한 예방, 관리, 건강증진 위주의 “돌봄” 형태로 바꾸어나가야 할 필요가 있다. 특히 고령자와 만성질환자의 경우 임상, 영양, 기능, 인지, 사회경제적 영역을 포함한 다차원적인 접근을 필요로 하는 바⁵⁸⁾, 유럽연합국가의 예와 같이 다양한 형태의 보건의료 인력을 양성, 직역 간 긴밀한 협업 진료를 통하여 지역사회를 기반으로 한 환자 중심의 의료체계를 구축해 나가야 한다.

58) 정영호, “고령자의 복합만성질환 분석: 외래이용을 중심으로”, 보건·복지 Issue & Focus (제196권), 한국보건사회연구원, 2013, 8면.

[참 고 문 헌]

<국내문헌>

- 강길원, “신포괄수가제 시범사업의 성과와 과제”, 『HIRA 정책동향』 제10권 2호, 건강보험심사평가원, 2016.
- 강희정·오윤섭·백혜연·하솔잎·김소운·서은원·홍재석·박종현·조해곤, “2017 한국 의료 질 보고서-한국 의료시스템의 혁신 성과 평가 (II)”, 한국보건사회연구원, 2017.
- 강희정, “가치 향상과 의료 혁신을 위한 건강보험 지불제도 개혁 방향”, 『보건복지포럼』 제248권, 한국보건사회연구원, 2017.
- 정경희 외, “2017년도 노인 실태조사”, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2017.
- 정영호, “고령자의 복합만성질환 분석: 외래이용을 중심으로”, 『보건·복지 Issue & Focus』 제196권, 한국보건사회연구원, 2013.
- 최용준·고병수·조경희·이재호, “일차 의료의 개념과 가치, 그리고 한국의 현실과 과제”, 『대한의사협회지』 제56권 10호, 대한의사협회, 2013.
- 황도경·안수인, “미래 보건의료 정책 수요 분석 및 정책 반영 방안”, 한국보건사회연구원, 2018.
- 건강보험심사평가원, “진료비 지불제도”, 건강보험심사평가원, n.d., https://www.hira.or.kr/dummy.do?pgmid=HIRAA020022000000&cmsurl=/cms/policy/02/01/1341864_27024.html&subject=%ec%a7%84%eb%a3%8c%eb%b9%84%ec%a7%80%eb%b6%88%ec%a0%9c%eb%8f%84. 2019년 12월 21일 접속.
- 국민건강보험공단, “요양급여에 관한 규칙 - 요양급여의 담당 및 절차”, 국민건강보험공단, n.d., https://minwon.nhis.or.kr/menu/retrieveMenuSet.xx?menuId=MENU_WBMAC01. 2019년 12월 4일 접속.
- 뉴스원, ““서울 병원으로 가라” 진료의뢰서 맘대로 못 쓴다 ...꼭 필요한 경우만”, 뉴스원, 2019년 9월 4일, <http://news1.kr/articles/?3712116>. 2019년 12월 4일 접속.
- 보건복지부, “기대수명 및 유병기간 제외 기대수명”, 보건복지부, 2018년 12월 16일, <http://www.index.go.kr/potal/stts/idxMain/selectPoSttsIdxMainPrint>.

- do?idx_cd=2758&board_cd=INDX_001. 2019년 12월 5일 접속.
- 보건복지부, “보도자료-양질의 협진 서비스 제공을 위한 의-한 간 협진 3단계 시범사업 시행”, 보건복지부, 2019년 10월 15일, https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=351185. 2019년 12월 4일 접속.
- 보건복지부, “합리적 의료이용과 지역의료 활성화를 위한 의료전달체계 개선 단기대책”, 『보도자료』, 2019.
- 보건복지부, 1998년 8월 3일, https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=18167. 2019년 11월 30일 접속.
- 보건복지부, 2019년 6월 5일, https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=349667. 2019년 11월 19일 접속.
- 청년 의사, “[기획] 신포괄수가제, 의료비 급증시대 해결사 될까”, 2019년 12월 10일, <http://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1075016>. 2019년 12월 21일 접속.
- 청년 의사, “건보 심사체계 개편안은 진료비 지불제도 개편이 목적”, 2019년 1월 2일, <http://www.ocdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=1064005>. 2019년 12월 3일 접속.
- “2018 건강보험주요통계”, 보건산업 통계, 2019년 5월 23일, <https://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0074/29670?boardKey=29&sort=sequence&order=desc&rows=10&messageCategoryKey=&pageNumber=1&viewType=generic&targetType=12&targetKey=29&status=&period=&startdt=&enddt=&queryField=&query=>. 2019년 12월 5일 접속.
- “남녀별 연령별 인구 구조”, e-나라지표, 2019년 4월 1일, http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1010. 2019년 12월 5일 접속.

<국외문헌>

Aaraas, Ivar, H. Søråsdekkkan, and Ivar Sønbo Kristiansen. “Are general practitioner hospitals cost-saving? Evidence from a rural area of Norway.”

- Family practice 14.5 (1997): 397-402.
- Berchet, Caroline, and Carol Nader. "The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries." (2016).
- David Kyle. "Contribution of a general-practitioner hospital." *Br Med J* 4.5783 (1971): 348-351.
- Kringos, Dionne S., et al. Building primary care in a changing Europe. WHO Regional Office for Europe, 2015.
- Macinko, James, Barbara Starfield, and Leiyu Shi. "The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998." *Health services research* 38.3 (2003): 831-865.
- Mousquès, J., and F. Daniel. "The Impact of Multiprofessional Group Practices on the Quality of General Practice." *Questions d'économie de la santé* 211 (2015).
- OECD/EU. "Health at a Glance: Europe 2016-State of Health in the EU Cycle." (2016).
- Rijken, Mieke, et al. How to improve care for people with multimorbidity in Europe?. World Health Organization, Regional Office for Europe, 2017.
- Rokas, Navickas, et al. "Multimorbidity: what do we know? What should we do?." *Journal of comorbidity* 6.1 (2016): 4-11.
- Scheffler, Richard M., et al. "A manpower policy for primary health care." *New England Journal of Medicine* 298.19 (1978): 1058-1062.
- Singh, B.M., M.R. Holland, and P.A. Thorn. "Metabolic control of diabetes in general practice clinics: comparison with a hospital clinic." *Br Med J (Clin Res Ed)* 289.6447 (1984): 726-728.
- World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. No. WHO/HIS/SDS/2018.15. World Health Organization, (2018).
- "OECD Health Policy Studies-Better Ways to pay for Health Care." OECD Library, 2016년 7월 29일, <https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-heal>

th/better-ways-to-pay-for-health-care_9789264258211-en#page1. 2019년 1월 2일 2일 접속.

“OECD Health Statistics 2019.” OECD, 2019년 11월 15일, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>. 2019년 11월 27일 접속.

“OECD Health Statistics 2019.” OECD, 2019년 11월 15일, <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>. 2019년 11월 30일 접속.

“OECD Paris Initiative: Assessing Health Systems Through the Patient’s Eyes.” European Patients Forum, n.d., <https://www.eu-patient.eu/News/News/oecd-paris-initiative-assessing-health-systems-through-the-patients-eyes/>. 2019년 12월 4일 접속.

“Realising the Full Potential of Primary Health Care.” OECD, 2019년 5월 17일, <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf>. 2019년 12월 3일 접속: 12.

“Which priorities for a European policy on multimorbidity?” European Commission, 2015년 10월 27일, https://ec.europa.eu/eip/ageing/events/which-priorities-european-policy-multimorbidity_en. 2019년 12월 1일 접속.

[국문초록]

환자 중심의 의료전달체계 구축에 관한 연구
-일차 의료 강화와 관련된 유럽연합의 예를 중심으로-

김용민(연세대학교 의료법윤리학협동과정 박사과정)

전통적으로 인류를 위협해 오던 감염성 질환이 줄어들어는 반면, 심뇌혈관 질환을 포함하여 암, 당뇨와 같은 만성질환이 빠른 속도로 퍼져나가고 있다. 오랜 시간에 걸쳐 발병하며 증세가 장기간 지속되지만 치료가 어려운 만성질환의 특성을 반영, 그 위험요인의 관리와 이에 대응하는 건강증진정책의 마련은 세계 각국의 중요 관심사로 부상하게 되었다. 일차 의료 시스템이 점점 더 복잡한 형태로 변화하는 현대사회의 건강요구에 부합, 건강증진 및 질병 예방 정책, 지역사회에 대응 솔루션 등 이른바 환자 중심의 다 부문 접근 방식을 제공하면서 변화된 의료 환경에서 일차 의료의 가치는 다시 한 번 부각 되고 있다. 기존의 의료전달체계로는 급속한 고령화 및 질병 패러다임의 변화, 삶의 질 향상을 향한 민중의 욕구를 감당하기 어려워지면서 유럽연합국가들은 지속적이며 포괄적이고 조정된 관리를 제공하는 일차 의료 시스템을 구축, 그 품질 향상을 위하여 다각적인 노력을 기울이고 있다. 본 논문은 우리나라 보건의료 전달체계의 현황 및 문제점 등을 검토하고, 일차 의료 강화와 관련된 유럽연합의 예를 중심으로 그 시사점을 도출, 환자 중심의 미래형 의료전달체계 구축 방안에 관하여 논의하고자 한다.

주제어 : 보건의료전달체계, 통합진료체계, 1차 의료, 의료비 지불제도, 환자 중심 의료 서비스

A Study on the Patient-centered Medical Delivery System -Focusing on EU examples of strengthening primary care-

Kim Yong-Min

*Post graduate student in Yonsei University,
Department of Medical Law and ethics, Phd candidate. in Law*

=ABSTRACT=

While traditionally threatening human infectious diseases are decreasing, chronic diseases such as cancer and diabetes, including cardiovascular diseases, are spreading rapidly. Reflecting the characteristics of chronic diseases that are difficult to treat, the management of risk factors and the preparation of health promotion policies corresponding to them have emerged as important concerns around the world. Providing so-called multi-sector approach such as health promotion and disease prevention policy and solution for community response, The value of primary care is once again highlighted in the changed medical environment.

As the existing medical delivery system has become difficult to cope with the people's desire for rapid aging, disease paradigm change, and quality of life improvement, European Union countries have made various efforts to improve the quality of their primary medical system, which provides continuous, comprehensive and coordinated management.

This paper examines the current status and problems of the healthcare delivery system in Korea, draws implications from the European Union examples related to the strengthening of primary care, and discusses the plans for establishing a patient-centered future medical delivery system.

Keyword : Health Care Delivery System, Integrated Delivery System, Primary Care, Payment System, Patient Centered Medical Care
--