

프랑스, 일본의 진료의뢰 및 회송제도 고찰과 시사점



박진관 주임연구원
연구조정실 연구행정부

1. 들어가며

국내 환자들은 의료기관의 선택에 있어서 특별한 제한이 없고, 그 결과 의료기관들은 환자를 놓치면 안 되는 경쟁관계가 성립되어 의원과 병원 간 의뢰와 회송이 제대로 이루어지지 않고 있다(지영진, 2013). 현재 국민건강보험법 「요양급여 기준에 관한 규칙 제2조」에 의해 요양급여를 2단계로 나누어 환자의 진료의뢰를 제도화하고 있지만 1·2차 의료기관의 형식적인 진료의뢰서 발급 또는 3차 의료기관내 가정의학과로부터의 자체적인 의뢰서 발급을 통해 환자들은 특별한 제재 없이 대형병원을 이용하고 있어 대형병원 쏠림현상은 지속되고 있다.

올해 보건복지부는 최우선 보건의료 정책과제로서 의료전달체계 개선을 강조하였고, 2016년 4월 '협력기관 간 진료의뢰·회송 시범사업'을 계획하였다. 정부는 본 사업을 통해 협력진료체계를 구축한 1·2단계 요양기관에게 의뢰환자관리료, 회송환자관리료, 의료기관간 원격협력진료료를 건강보험 수가로 시범 지급함으로써 진료의뢰 및 회송절차를 정립하고 건강보험수가 모형의 타당성을 평가하여 제도화 기반을 마련하고 있다(보건복지부, 2016). 이에 본고에서는 우리나라와 유사한 건강보험제도와 환자의료이용 행태를 공유한 프랑스와 일본의 진료의뢰 및 회송제도를 고찰하여 시범사업 단계에 있는 우리나라가 실제 적용단계에서 갖추어야 할 조건과 제도의 발전방향에 대하여 탐색하고자 한다.

2. 프랑스, 일본의 의뢰 및 회송제도

가. 프랑스

프랑스의 건강보험제도는 단일 보험자중심의 사회보험방식으로 운영되고 있으며 보험료와 조세혼합 방식의 재원조달을 통해 국민의 보편적 건강보장을 달성하였다(Mossialos et al., 2015). 과거 프랑스는 의료이용에 대한 국민의 기본권을 존중하여 계속적으로 보장범위를 확대한 반면 제도의 효율적인 운영과 비용관리에는 소홀하였다. 그 결과 1996년 이후 건강보험 재정지출이 한계점에 도달하여 건강보험은 만성적인 적자상태를 벗어나지 못하였다. 이에 프랑스는 의료이용 형평성, 재정건전성, 의료의질에 초점을 맞추어 여러 차례의 보건의료개혁을 실시하였고, 그 중 2004년 건강보험개혁(Health Insurance Act 2004)을 통해 선호의사제도(Preferred doctor scheme), 즉 주치의 개념을 도입하여 환자의 합리적인 의료이용을 도모하였다(Chevreur et al., 2010).

1) 선호의사제도(Preferred doctor scheme)

2004년 건강보험개혁은 제도의 효율적인 운영을 통한 재정절감 및 의료의 질 향상에 목적을 두었고, 이를 위해 환자의 의료이용경로 조정(Coordination of care pathway)에 초점을 둔 선호의사 제도를 도입하였다. 선호의사제도는 주치의의 판단에 기초하여 환자의 합리적인 의료이용 행태를 재정립하기 위한 제도로서 주치의는 환자가 밟아야 하는 바람직한 의료이용경로를 유도하는 역할을 수행한다(Com-Ruelle et al., 2006). 환자들은 주치의와의 상담을 통해 자신에게 적절한 의료서비스를 제공받게 됨에 따라 의료의 질이 향상되고 건강보험 차원에서는 의료 자원이 효율적으로 사용됨으로써 재정절감의 효과를 거둘 수 있다. 프랑스 국민들은 16세 이상부터 주치의(médecin traitant)와의 계약을 진행할 수 있으며, 일반의와 전문의 제한 없이 자신이 선호하는 의사를 주치의로 선정한 후 이메일을 통해 신청서를 건강보험공단(Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, UNCAM)에 보내면 공식적으로 주치의가 인정된다.¹⁾

선호의사제도의 내용은 크게 의료이용경로(Coordinated care pathway) 위반 시 환자에게 적용되는 재정적 불이익과 장기질환 관리 그리고 의료공급자의 보상체계 세 가지로 구성된다. 제도에 참여한 국민들은 기본적으로 주치의를 통해 의료이용을 시작해야 하며 이를 위반할 시 환자가 의료 이용 후 의료기관에 선지불한 진료비에 대한 건강보험 상환율은 기본 70%에서 30%

1) 16세부터 17세 이하의 국민은 신청서와 함께 부모님의 동의서 또는 부모님의 서명이 반드시 필요하고, 신청서내 “doctor replaced”란에 예비주치의를 선정하여 작성함으로써 해당 주치의가 부재할 경우에 대비할 수 있다.

로 감소한다.²⁾ 민간보험사도 국가의 제도 목표 달성을 위해 감소된 상환금에 대한 보장을 제한하고 있다. 민간보충보험(Voluntary health insurance, VHI)은 책임계약(Responsible contracts)를 통해 세계 혜택을 받는 대신 환자가 계약 내 의료이용경로를 위반할 경우 손실되는 상환금을 보장 범위에서 제외하였고, 국가지원 보충보험(Complementary universal health coverage, CMU-C)³⁾의 경우 가입자들에게 주치의의 통한 의료이용을 의무화하고 있다(Chevreur et al., 2015).

2004년 건강보험 개혁은 의사에게 장기질환 환자에 대한 지속적인 치료 및 관리를 의무화하였다. 장기질환(Affection de longue duree, ADL)이란 장기적인 치료가 요구되는 중증 또는 만성질환을 의미하며, 보건복지부가 법률로서 구체적인 질환을 지정하고 있다(L'MALADIE, 2012). 건강보험공단은 장기질환에 대해 고비용의 치료가 요구되는 경우 이를 전액 보장하고, 장기질환 이외 질병의 중증도가 심하여 6개월 이상의 고비용 치료가 요구되는 경우에도 동일하게 적용한다. 장기질환을 보유한 환자는 해당 주치의와의 상담을 통해 자신에게 맞는 장기질환 전문 담당의(전담의)를 선정한 후 전담의가 제시하는 치료프로토콜을 중심으로 지속적인 진료 및 관리서비스를 제공 받을 수 있다.

의료공급자 보상체계는 기본적으로 행위별 수가를 유지하고 있지만, 의사가 타 기관으로부터 의뢰받은 환자에 대해 진료를 진행하는 경우 기본 방문이외의 추가비용이 산정되고, 장기질환 환자관리 시 의사는 연간 정액을 보상받을 수 있다. 일반적으로 환자를 의뢰받아 주기적인 치료를 진행하는 경우 Sector2 프랑스의 의사는 Sector1 과 Sector2⁴⁾ 의사를 제외한 일반의와 전문의는 매 방문수가에 각각 3유로를 추가적으로 보상받을 수 있으며, 긴급하게 주치의로부터 환자를 의뢰 받은 경우 전문의와 특정과목 전문의⁵⁾는 매 방문수가에 각각 21유로, 17.8유로를 추가적으로 보상을 수 있다. 장기질환 관리 의무에 따라 의사들은 종류와 영역에 구분 없이 장기질환 환자를 전담하는 경우 40유로를 연간정액으로 보상받고, 장기질환으로 인정되진 않지만 환자에게 해당질환에 대하여 지속적인 치료 및 관리가 이루어지는 경우 연간 5유로를 연간 정액으로 보상받는다(L'MALADIE, 2013).

2) 불가피한 사유로 거주지와 떨어져있는 경우 또는 응급상황 시 주치의가 아닌 의사에게 진료를 받아도 그 경로가 인정되고 산부인과 의사, 안과 의사, 정신과 의사 또는 신경심리학자과 같은 특정 전문의의 치료활동이 환자의 예외경로에 인정되는 경우 환자는 주치의의 권고 없이 간단한 보고 후 전문의를 직접 방문할 수 있다.

3) 국가지원 보충보험(Complementary universal health coverage, CMU-C): 가구원 수를 기준으로 소득수준이 일정수준이하일 때 국가가 지원해주는 국가 급여형 보충보험서비스.

4) 프랑스의 의사는 Sector1 과 Sector2 두 가지 영역으로 구분되는데, Sector1은 건강보험공단이 정한 공식수가를 따르는데 반해 Sector2는 이를 따르지 않고 공식수가 이외의 추가적인 비용(Extra-billing)을 책정할 수 있다.

5) 특정과목 전문의란 정신과 의사, 신경과 의사, 신경정신병 학자를 의미하며, 프랑스에서는 특정과목 전문의에 대한 수가를 일반전문의와 분류하여 지정하고 있다.

행위별
비용
의뢰

선호의사제도와 함께 도입된 개인의료기록부(Dossier Medical Personnel, DMP)는 환자의 진료 정보를 지속적으로 관리함으로써 의사의 성과를 고려한 성과지불제도(Pay for performance, P4P)의 기반이 되었다. 2009년 시범사업의 형태로 진행된 성과지불제도는 2011년도 가격협상(collective bargaining agreement)시 적용대상을 전체 의사로 확대하였다(Chevreur et al., 2015). 의사들은 성과기준에 충족되는 정도에 따라 행위별 수가 이외의 추가적인 보상을 받을 수 있다. 성과평가 부문은 크게 기관평가와 진료평가로 분류되고 평가지표의 수는 의사의 종류에 따라 다르다. 의사들은 자신의 성과가 지표기준에 부합되는 경우 지표 내 할당된 포인트당 7유로를 곱한 금액을 행위별 수가기외의 추가적인 보상형태로 얻게 된다. 대표적으로 일반의의 경우 의료기록관리(5개)와 의료서비스 질(24개) 분야로 구성되어 총 29개 지표와 1,300포인트로 구성되어 있다(CNAMTS, 2015).

표 1. 프랑스의 선호의사제도 주요내용

대상	주요내용	세부내용
환자	의료이용경로 위반시 상환률 감소	70% → 30%
	장기질환(ALD) 관리	정해진 치료에 대하여 전액 지원
의사	의뢰받은 환자에 대한 치료제공시 수가가산(정기)	€3
	의뢰받은 환자에 대한 치료제공시 수가가산(긴급)	전문의: €21 특정과목 전문의: €17.8
	장기질환(ALD)환자 관리시 보상	40€(연간정액)
	장기질환이외의 질병환자 관리시 보상	5€(연간정액)
	성과지불제도(P4P)	성과점수*7€

자료: 사회건강보험기관(L'ASSURANCE MALADIE)

2) 제도의 성과

선호의사제도는 국민들의 높은 참여율과 의사들의 강력한 지지기반을 통해 주치의 개념을 빠르게 정착시켰다. 이는 선호의사제도가 환자에 대한 재정적 책임을 강화하고 수가 인상 및 신설을 통하여 제도적으로 의사들의 수익을 보장하였기 때문이다. 그러나 선호의사제도는 의사에 대한 행위 규제 및 비용 통제보다는 수익 보장만을 강조하여 궁극적으로 재정절감과 의료의 질 향상은 이루어지지 않았다(NAIDITCH et al., 2009). 정부는 환자의 불필요한 의료이용이 보건재정에 부정적인 영향을 미친다고 생각하여 제도상 환자의 재정적 책임만을 강조하였지만, 도입 이전부터 프랑스 국민의 90%는 비공식적인 주치의 형태로 가정의(Regular family doctor)를 가지고 있었으며 질병치료에 대한 불필요한 의료이용은 실제로 의료비를 증가시키지 않았다(LCom-Ruelle, 2006). 2004년 건강보험개혁 이후 성과지불제도(P4P)를 통해 의사의 행위 및 의료의 질 관리는 이루어지고 있지만 수가 조정을 통한 비용절감은 이루어지지 않고 있어 재정절감에 대한 적극적인 노력이 진행되지 않고 있다.

그러나 선호의사제도를 통해 주치의가 법적으로 인정되어 환자의 의료이용경로가 개선되었고 의사에게 장기질환 환자에 대한 관리를 의무화함으로써 장기질환 환자는 자신의 전담의로부터 지속적인 치료 및 관리를 무료로 제공받을 수 있게 되었다. 의료의 질 향상과 관련하여 2009년부터 건강보험공단은 일반의들을 대상으로 성과지불보상제도(P4P) 시범사업을 진행하였고, 이를 통해 의료의 질이 개선되면서 2011년에는 국가 건강목표 달성을 위한 보수산업(remuneration sur objectifs de sante publique; ROSP)의 일환으로 성과지불체계를 전 의사에게 확대하였다. 2012년 당시 85%의 의사가 제도에 참여하였고, 의사들은 경제적인 유인을 통해 성과기준을 달성함으로써 의료의 질 향상과 함께 건강보험제도의 효율적인 운영이 가능해졌다(Chevreur et al., 2015).

나. 일본

일본은 사회보험방식을 기반으로 전 국민의 의료접근성을 보장하고 있으며 환자들은 의료 이용에 있어서 의료기관 선택에 대한 실질적인 제한이 없다(Mossialos et al., 2015). 이는 환자의 병원선호현상과 의료기관간 경쟁구도를 조성하여 의료기관간 역할기능이 혼재되고 이로 인해 의료자원의 효율적 사용에 기초하여 환자에게 적절한 진료를 제공하는 기능이 제한된다(Ikegami et al., 1999). 일본은 소개장 없이 병원을 이용하는 환자에게 정액부담금을 부과하고 진료의뢰·회송 시 의사가 진료정보를 공유하는 경우 의사에게 진료정보 제공료를 지급하며 의료기관에게는 소개환자 감산제도를 통해 병원의 전체 초진환자 중 진료소의 소개에 의해 내원하는 환자의 비율이 기준 미만인 경우 해당기관의 모든 초진에 대해 감산을 적용함으로써 진료의뢰·회송 활성화를 위한 노력을 진행하고 있다. 최근 일본은 2016년 진료보수개정에서 지역 포괄케어 시스템 추진의 일환으로 소아과와 치매관리에 대한 주치의 제도를 도입하여 환자의 합리적인 의료이용을 도모하고 있다(후생노동성, 2016a).

1) 진료의뢰·회송관련 수가제도

일본은 1996년 이후 환자가 일차병원의 의뢰서 없이 대형병원을 이용하는 경우에 추가비용을 지불하는 정책을 마련하였고(Ito M, 2004), 2016년도 진료보수개정에서는 추가 부담금을 초진 시 최소 5,000엔 재진 시 최소 2,500엔으로 낮여 환자가 의료이용 시 진료소 상담을 통해 적절한 의료기관을 선택하도록 유도함으로써 보험 의료기관 상호간의 기능의 분담 및 업무 제휴 활성화를 추진하였다(후생노동성, 2016a).

진료정보 제공료는 의원급에서 상급의료기관에 진료를 의뢰를 하거나 상급의료기관에서 의원이나 다른 보험의료기관으로 진료 회송 시 환자의 동의를 기반으로 진료정보를 공유하는 경우에 의사에게 지급되는 수가로서 환자 1명당 월 1회 산정이 가능하다. 진료정보 제공료는

기본적으로 15개 유형의 일반 진료정보 제공료(250점)⁶⁾와 화상 진료정보 제공료(500점)⁷⁾로 구성되어 있고 의사가 환자진료정보를 활용하는 경우 전자 진료 정보 평가 수수료(30점)가 적용된다(후생노동성, 2016b). 일본은 의사에게 진료정보 제공료를 지급함으로써 의료기관간 환자 진료정보의 공유가 활성화되어 의사의 환자에 대한 연속적인 진료가 가능해졌다(의료정책연구소, 2010).

소개환자 감산제도는 병원의 전체 초진환자 중 진료소의 소개에 의해 내원하는 환자비율이 일정수준 미만일 경우 병원의 초진료가 낮게 산정되는 제도이다. 본 제도는 500병상 이상의 병원에 해당되며 전년도 1년 또는 보고년도 내 연속 6개월 간 소개환자비율이 기준 미만일 경우 해당기관의 모든 초진료는 기본 282점에서 209점으로 낮게 산정된다. 소개환자비율은 전체 기관의 초진환자 중 진료소의 소개 환자와 응급 환자를 합한 비율이며 감산이 되는 기준은 기관의 유형에 따라 달라진다. 특정기능병원(3차)과 지역의료병원(2차)은 소개환자비율이 50%미만인 경우 적용되며 단, 기관 내 전체 초진환자 중 역의뢰(회송) 환자의 비율이 50% 이상인 경우에는 대상에서 제외된다. 그 이외의 500병상 이상의 병원은 소개환자비율이 40%미만일 경우에 적용되며 단, 이전과 동일한 방식으로 기관 내 초진환자 중 역의뢰(회송) 환자의 비율이 30% 이상인 경우에는 대상에서 제외된다(후생노동성, 2016c). 본 제도는 의료기관 차원에서 환자의 합리적인 의료이용을 위해 노력하는 환경을 조성하고 있으며 소개환자실적을 기준으로 초진료가 결정되기 때문에 의료 공급자에게 강력한 경제적 유인책으로 작용한다(후생노동성, 2012).

최근 일본 정부는 지역포괄진료 체계를 추진하기 위해 치매 지역포괄진료료와 소아 담당 진료료를 신설하여 치매환자와 소아에 대한 주치의 제도를 도입하였고, 치매 및 만성질환을 위한 지역포괄 진료시설의 시설기준을 완화하여 치매와 만성질환에 대한 주치의 제도를 활성화시키고 있다(후생노동성, 2016a). 일본은 지역포괄진료료를 통해 만성질환환자에 대한 주치의 제도를 진행해 왔으며 치매 지역포괄진료료는 만성질환에 포함되었던 치매를 초점으로 개발된 수가이다. 이에 치매 지역포괄진료료(1,515점)는 지역포괄진료료(1,503점)와 같이 월 1회 산정되고 주치의 업무도 영양상의 지도, 복약관리, 건강관리, 다른 의료기관에서의 진찰정보 연계를 통한 지속적인 치료 및 건강관리서비스 제공으로 동일하다. 소아 담당 진료료는 초진(602점)과 재진(413점)으로 나누어 산정되고 소아전문의는 검진 기록 및 건강진단 결과과약, 소아의 발달 단계에 맞는 조언 및 지도 실시, 보호자의 건강상담에 대한 응대, 예방 접종 일정관리 및 유효성·안전성에 관한 지도를 실시하여 소아의 건강을 계속적으로 관리하고 있다. 외래 및 재택진료가 주기적으로 요구되는 만성질환, 치매, 소아환자를 위한 주치의 제도는 환자의 불필요한 의료이용을 해결함으로써 국가보건재정 안전성에 기여할 것이다(후생노동성, 2016a).

6) 환자의 질병상태 및 소개대상이 되는 보험의료기관의 종류에 따라 기본점수(250점) 이외의 별도로 수가가산

7) 화상진료정보 제공료는 화상으로 정보를 제공하는 경우에 적용되는 수가

표 2. 일본의 진료의뢰 및 회송제도 주요내용

대상	주요내용	세부내용
환자	소개장 없이 일반병원 이용	초진: 최소 5000엔 재진: 2,500엔
의사	진료의뢰 및 회송 시 진료정보제공	일반진료정보 제공료: 250점 화상진료정보 제공료: 500점 전자 진료 정보 평가 수수료: 300점
	치매에 대한 주치의서비스	치매 지역 포괄 진료료: 1513점(월정액)
	만성질환에 대한 주치의서비스	지역포괄 진료료: 1503점(월정액)
	소아에 대한 지속적인 관리	소아 담당 진료료: 602점(초진), 413점(재진)
의료기관 (500병상 이상)	소개환자비율에 따라 초진료 감산	i) 50% 미만: 282점(기본)→209점 (특정기능병원, 지역의료병원) ii) 40% 미만: 282점(기본)→209점 (‘i’이외의 병원)

자료: 후생노동성

2) 제도의 성과

기존의 일본 제도들은 가격원리뿐만 의료 주체들의 행위를 규제하여 진료 의뢰·회송의 활성화를 추진하고 있다. 제도가 20세기 후반부터 시작되었음에도 불구하고 종합병원 외래이용 환자 중 일차의료기관의 진료의뢰를 거친 환자의 비율은 20~30%에 불과하였으며 나머지는 진료의뢰를 거치지 않고 자유롭게 대규모병원을 이용하고 있었다(Yingqiu Guo et al., 2009). 다른 연구에서는 병원에 방문한 환자 중 61.2%가 진료의뢰서가 없었고 병원 내 2·3차기관의 기능 분화가 제대로 이루어지지 않고 있어 의료자원이 비효율적으로 배분되고 있음을 지적하였다(Toyabe, S et al., 2006). 이는 과거 일본이 의료공급측면의 개선 없이 건강보험 수가와 환자의 정액분담금만으로 제도를 구성하였고, 제도상에서도 이러한 경제원리가 대상에게 효과적으로 적용되지 않았기 때문이다. 환자들은 개인별 특성에 따라 정액부담에 대한 체감정도가 다르고 보건의료서비스의 특성상 일반 소비자보다 가격에 대해 덜 민감하게 반응하기 때문에 정액부담 제도는 환자의 의료이용경로를 변화시키는데 제한이 있다. 의원과 규모가 작은 병원들도 환자를 의뢰하거나 회송하여 지급 받는 진료정보 제공료보다 외래진료를 통해 얻게 되는 수익이 더 클 경우에 환자의 진료를 계속적으로 진행하고 있어 의료기관간 환자이송체계는 활발하게 이루어지지 않고 있다(의료정책연구소, 2010).

그러나 일본은 소개환자 감산제도를 통해 공급자의 진료의뢰실적에 기반한 적극적인 수가 제도를 운영함으로써 의료기관이 자발적으로 환자의 진료의뢰를 활성화시키고 지역의료연계를 구축하도록 유도하고 있다. 최근 일본은 2016년 진료보수개정에서 지역포괄케어 시스템 구축의 일환으로 치매, 소아에 대한 주치의제도를 도입하고 지역포괄진료시설 기준을 완화하였으며 외래기능을 분화시키기 위해 정액부담을 강화함으로써 환자의 합리적인 의료이용을 위한 적극

적인 제도를 펼치고 있다(후생노동성, 2016). 특히, 가격원리로만 제도를 구성한 일본에게 일부 질환에 대한 주치의 제도는 공급체계를 개선하려는 점에서 의의가 있다. 그리고 일본은 진료정보 제공료를 통해 환자의 진료정보를 전산화하여 의료기관간 환자진료정보의 공유를 활성화 시키고 있으며, 이는 환자가 진료의뢰·회송 시 적절한 의료를 제공 받는데 있어서 필수적인 요소이다(한국병원경영연구원, 2012). 의사가 환자에게 제공한 모든 진료의 정보가 연속적으로 관리되면서 의사의 진료행위 및 성과에 대한 관리감독이 가능해지고 환자는 자신의 진료정보를 통해 의사에게 지속적인 건강관리를 제공받을 수 있다(의료정책연구소, 2010).

3. 시사점

두 국가 모두 진료의뢰 및 회송제도를 통해 환자의 의료이용경로를 조정하여 건강보험 재정 절감 및 의료의 질 향상을 시도하였다. 프랑스는 선호의사제도를 통해 주치의 개념을 도입하고 장기질환환자에 대한 지속적인 치료 및 관리를 실시하였으며, 이후에는 성과지불제도(P4P)를 도입하여 의사의 성과관리를 통해 주치의 기능을 강화함으로써 의료의 질적 수준이 향상되었다. 그러나 본 제도는 환자의 책임만을 강조하고 의사의 의료행위와 진료수가에 대한 통제는 실제적으로 이루어지지 않아 의사의 비용절감을 위한 노력이 부족하였다. 일본은 환자의 정액부담, 진료정보 제공료, 소개환자 감산제도를 통해 의료기관간 진료의뢰·회송 활성화를 추진하였다. 그 중 소개환자 감산제도는 의료기관에 대한 적극적인 초진료 감산을 통해 의료기관이 자발적으로 환자의 진료의뢰를 유도하는 환경을 조성하고 있지만, 전체적으로 의료공급체계를 재정립하거나 의료기관간 기능을 분리하는 공급측면의 제도가 부재하여 의료전달체계를 개선하는데 제한적이었다. 이에 올해부터 일본은 지역포괄진료 체계 구축의 일환으로 치매 및 만성질환과 소아를 위한 주치의제도를 도입하여 의료공급체계 개선을 시도하고 있다.

두 국가의 제도성과를 통해 도출되는 진료의뢰 및 회송제도의 핵심은 의료공급체계 개선을 통해 환자의 지속적인 관리와 의료기관간 진료연계가 활성화되어 양질의 의료가 보장된 상태에서 재정절감을 달성하는 것이다. 프랑스는 주치의 제도를 통해 의료공급체계를 재정립하였고, 일본도 올해 진료보수개정을 통하여 치매 및 만성질환 환자와 소아에 대한 주치의 제도를 실시함으로써 두 국가 모두 지역사회 기반의 일차의료 강화를 통해 환자의 합리적인 의료이용을 도모하고 있다.

최근 우리나라는 '협력기관간 진료의뢰·회송 시범사업'을 통해 의뢰환자관리료, 회송환자관리료, 원격협진 관리료 항목을 건강보험수가로 시범 지급하여 의료기관간 진료의뢰-회송체계를 구축하려는 노력을 진행 중이다. 이러한 국가의 시도가 궁극적인 목표를 달성하기 위해서는 환자의 불필요한 의료이용을 제한하는 동시에 의료공급체계에 대한 개선이 함께 이루어져야 한다. 의료이용 시 의료기관선택은 환자에 의해 이루어지지만 선택시점 이후 환자에 대한 진료

의료·회송은 의료공급자에 의해서 결정되므로 의료기관간 기능과 역할이 구분되지 않은 상태에서 진료의뢰·회송관련 수가에 대한 개선방안만 이루어진다면 의료기관간 진료의뢰·회송은 실질적으로 활성화 될 수 없다. 현재 우리나라에서는 일차의료의 개념과 가치가 의료공급자간에 제대로 이해되지 못하고 제도적으로 의료기관간 역할구분이 명확하지 않아 일차의료의 기능을 발휘하지 못하고 있다(정현진 외., 2013). 이에 우리나라는 제도수립을 통해 일차의료의 기능을 강화한 이후 진료의뢰·회송을 활성화하여 환자들에게 바람직한 의료이용경로를 제시해 주어야 한다. 이를 위해 정부는 지속적인 건강관리가 우선적으로 요구되는 집단(어린이, 노인, 만성질환자)을 중심으로 주치의 제도를 도입하거나 만성질환관리제와 같이 특정 질병을 중심으로 환자관리 프로그램을 진행하여 일차의료의 기능을 점진적으로 강화하고, 이에 대한 국민의 수요를 증대시켜야 한다. 이를 통해 우리나라는 일차医료를 중심으로 의료공급체계를 재정립하여 주치의의 통한 환자의 지속적인 관리 및 의료기관간 진료연계가 가능해진 상태에서 환자에 대한 진료의뢰·회송을 활성화시켜야 궁극적으로 의료전달체계를 개선해 나갈 수 있다.

이후 의료기관간 진료의뢰·회송이 내실이 있게 작동되기 위해서는 환자의 진료정보 구축 및 관리를 통한 의료기관간 정보공유가 반드시 수반되어야 한다. 프랑스는 개인의료기록부(DMP)를 통하여 환자를 담당한 의사가 환자의 진료정보를 지속적으로 관리하고 있으며, 일본은 의사에게 진료정보 제공료를 지급함으로써 진료의뢰·회송 시 의료기관간 환자진료정보 공유를 활성화시키고 있다. 최근 정부도 시범사업을 통해 의료기관간 진료의뢰·회송 과정의 비용을 건강보험 수가로 지정하여 의료기관간 환자의 진료기록 등 개인정보 연계 활성화를 추진하고 있다. 본 시범사업을 통해 환자는 진료의뢰·회송 시 자신의 진료정보를 바탕으로 적절한 의료를 제공받을 수 있으며, 정부는 의료기관이 청구한 자료를 통해 진료의뢰·회송실적을 파악하고 진료행태 변화를 분석할 수 있다. 이처럼 의료기관간 진료정보 공유는 환자에게 연속적인 진료를 제공함으로써 진료의뢰·회송의 질적 내실화를 도모하고 정부는 진료정보를 기반으로 의료기관의 진료의뢰·회송 현황분석과 지속적인 관리가 가능함에 따라 진료의뢰·회송제도의 실효성을 제고할 수 있다.

4. 나가며

이 글에서는 우리나라와 유사하게 사회보험방식을 채택하고 환자의 자유로운 의료이용이 보장된 프랑스, 일본의 진료의뢰 및 회송제도를 고찰하여 각국의 제도 내 성과를 기반으로 국내 진료의뢰·회송제도 활성화를 위한 발전방안을 제시하였다.

우리나라의 경우 의료기관의 선택에 대한 제한과 공식적인 환자이송체계가 없어 환자가 어떤 기관을 선택하는가에 따라서 의료전달체계의 실상이 결정된다. 그러나 환자들이 의료기관을 방문한 이후의 진료내용과 활동은 의료공급자에 의해 결정되므로 의료전달체계는 의료공급체계가

작동하는 방식의 일부로 볼 수 있다(한달선, 2011). 이에 국내의 진료의뢰 및 회송제도가 활성화되어 바람직한 의료전달체계를 달성되기 위해서는 의료기관과 공급체계에 대한 제도가 반드시 수반되어야 한다. 프랑스는 선호의사제도를 통해 주치의의 기반으로 환자들의 의료이용경로를 재정립하였고, 최근 일본도 과거 수가보상에만 머물렀던 제도에서 벗어나 지역포괄치료의 일환으로 치매 및 만성질환, 소아에 대한 주치의 제도를 도입함으로써 두 국가 모두 지역기반 일차의료를 강화하였다. 이에 우리나라도 일차의료 제공체계에 대한 발전계획을 수립하여 진료의뢰·회송에서 지역사회 기반 일차의료의 역할을 강화함으로써 우선적으로 의료공급체계를 재정립해야 한다. 그 이후에 정부는 추가적인 제도 도입을 통해 의료기관간 진료정보 공유와 진료의뢰·회송에 대한 지속적인 관리를 진행하여 진료의뢰 및 회송제도 활성화를 추진함으로써 궁극적으로 의료전달체계 개선이라는 소기의 목적을 달성할 수 있을 것이다. X

참고문헌

- 보건복지부. 협력기관간 진료의뢰·회송 시범사업지침. 2016.
- 의료정책연구소, 진료의뢰 및 회송제도 개선방안, 2010
- 지영건. 의료공급과 이용체계 혁신. 의료정책포럼 2013;11(1):36-41.
- 정현진, 이희영, 이재호, & 이태진. (2013). 일차의료 강화를 위한 지불제도 개편방안. 대한의사협회지 2013;56(10):881-890.
- 한달선. 의료전달체계에 관한 정책의제의 재조명. 보건행정학회지 2010;20(4):1-18.
- 한국병원경영연구원(KIHM), 의료기관간 협력시스템 활성화 방안, 2012
- 후생노동성, 2012년도 진료 보수 개별 개정 내용, 2012. 3. 5.
- 후생노동성a, 2016년도 진료 보수 개별 개정 내용, 2016. 3. 4.
- 후생노동성b, 진료 보수의 산정 방법 (후생 노동성 고시 제 52호), 2016.
- 후생노동성c, 진료보수의 산정방법의 일부 개정에 따른 실시상의 유의사항. 2016.
- CNAMTS, Note methodologique du dispositif de remuneration sur objectifs de sante publique: Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualite de service, 2015
- Chevreul, K., Durand-Zaleski, I., Bahrami, S., Hernández-Quevedo, C., & Mladovsky, P. Health system review. Erasmus 2010;12:93-103.
- Chevreul, K., Brigham, B., Durand-Zaleski, I., & Hernández-Quevedo, C. France: health system review 2015. Health systems in transition 2015;17(3):1-218.
- Com-Ruelle, L., Dourgnon, P., & Paris, V. Can physician gate-keeping and patient choice be reconciled in France? Analysis of recent reform. EUROHEALTH-LONDON-, 2006;12(1), 17-19.
- Ikegami N, Campbell JC: Health care reform in Japan: the virtues of muddling through. Health Aff 1999;18:56-75.
- Ito M. Health insurance systems in Japan: a neurosurgeon's view. Neurol Med Chir 2004;44(6):17-28.
- L'ASSURANCE MALADIE, Qu'est-ce qu'une affection de longue duree (ALD), 2012.2.7
- L'ASSURANCE MALADIE, CONVENTION NATIONALE ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBERAUX ET L'ASSURANCE MALADIE, 2013
- Mossialos, E., Wenzl, M., Osborn, R., & Anderson, C.. 2015 International Profiles of Health Care Systems 2015.
- NAIDITCH, Michel, et al. The preferred doctor scheme: a political reading of a French experiment of gate-keeping. IRDES 2009;3:1-14.
- Toyabe, S. I., & Kouhei, A. Referral from secondary care and to aftercare in a tertiary care university hospital in Japan. BMC health services research 2006;6(1):1-9.
- Yingqiu Guo, Toshihide Kuroki, et al, Illness behaviour and patient satisfaction as correlates of self-referral in Japan, Family Practice 2002;19(4):326-332.