

2000 년 MSD Travelling Fellowship Award 결과보고

- 노르웨이 주치의제도의 도입: 구체적 내용과 한국에 대한 함의

조홍준, 최현림*

울산의대 서울중앙병원 가정의학교실, *경희의대 가정의학교실

Report of '2000 MSD Travelling Fellowship Award

- Introduction of Regular General Practitioner Scheme in Norway: contents and implication for Korea.

Hong-Jun Cho, Department of Family Medicine, Asan Medical Center, University of Ulsan College Medicine, * Hyullim Choi, Department of Family Medicine, College of Medicine Kyunghee University

교신저자 : 조홍준

서울시 송파구 풍납동 388-1 138736 서울중앙병원 가정의학과

전화 02-2224-3812

전송 02-2224-3815

e-mail hjcho@amc.seoul.kr

연수 제목 : 의료전달체계와 가정의 : 1차의료의 강화를 통한 의료전달체계 확립(덴마크와 노르웨이의 경험)

방문기간 : 2001년 9월 15일 - 23일

방문참가자 : 조홍준(울산의대 가정의학교실), 최현림(경희의대 가정의학교실)

방문기관(면담자)

1. Tromso, Norway

- 1) Skansen Medical Office(Skansen legegroupekontor) (Dr. Nils Kolstrup)
- 2) Department of General Practice, University of Tromso (Dr. Nils Kolstrup)
- 3) Department of health and social services, Municipality of Tromso (Mr. Jon Erling Solheim)
- 4) Tromso Office of National Insurance Administration(Trygdeetaten) (Ms. Katerine Hansen)
- 5) Karlsoy Medical Office(Kommunelege) (Dr. Franco Marci 등 3인)

2. Oslo, Norway

- 1) The central outpatient clinic of Oslo(Oslo kommunale legevakten) (Dr. Tori Flaatten Halvorsen)
- 2) Linde Medical Office(Linde legegroupe) (Dr. Bente Thorsen)
- 3) Department of health and social security(Sosial-og helsedepertmentet) (Liv Bagstevold<Adviser>, Per Gunnar Dahl<Higher Executive Officer> and Heidemarie Nordahl<lawyer>)
- 4) Central unit of National Insurance Administration (Mr. Ole Grannes and Ms. Maria Beitmann)

3. Copenhagen, Denmark

- 1) Department of General Practice, Panum Institute, University of Copenhagen (Prof. John Sahl Anderson)

Regular GP Scheme(Fastlegeordningen) in Norway

1. 내용

- The Regular General Practitioner Reform은 2001년 6월 1일에 시작되었으며 다음과 같은 조직에 영향을 미침.

- * 전 인구
- * 모든 지방정부
- * 3000명 이상의 가정의
- * 의사조직
- * 의료보험공단

- The Regular General Practitioner(이하 RGP) Reform은 general practitioner service의 재조직을 포함하며 지방정부(municipality)는 모든 주민이 RGP나 medical practice에 등록될 수 있도록 하는 법률상의 책임을 지도록 하였음.

- 이를 위해 지방정부는 충분한 수의 의사를 확보해서 이들과 RGP contract를 체결할 수 있어야 함.

1) 목표

- 자신의 주치의를 갖도록 함으로써 다음과 같은 방법을 통해 가정의에 의해 제공되는 서비스의 질을 개선하도록 하는 것.

- * 가정의에 대한 접근성을 높이고, 의사-환자 관계의 지속성을 높이는 것
- * 의사의 도움이 필요할 때 어떤 의사를 접촉해야 하는가를 국민이 알도록 하는 것
- * 일차의료와 병원의료간 협력을 강화하고, 의뢰양상의 점진적 변화를 통해서 전체 의료비를 보다 합리적으로 이용할 수 있도록 하는 것
- * 근무후진료(out-of-hour)의 감소

2) RGP 제도하에서 환자의 권리

● The Right to Register

- 노르웨이에 사는 모든 국민과 망명요청자와 그 가족은 RGP나 medical center(joint list를 통해서)에 등록될 권리가 있음.

- 다른 municipality에 사는 RGP에게 등록되는 것도 가능함.

● The Right to Change RGP

- RGP에 등록된 환자는 옮기고자 하는 RGP의 리스트가 다 차지 않은 경우에는 1년에 최대 2회 RGP를 변경할 수 있음(이사로 인한 경우는 횟수에서 제외함).

● The Right to a Second Opinion

- RGP에 등록된 환자는 다른 RGP의 second opinion을 들 수 있는 권리가 있음. 이 경우 second doctor는 RGP 제도에 포함된 의사여야 하며, 환자에 대한 진료기록을 자신의 주치의에게 보내준다는 조건이어야 함.

3) 자신의 리스트에 포함된 환자에 대한 RGP의 의무

- RGP는 자신의 리스트에 등록된 환자에 대해 새로운 종류의 책임을 갖게 됨.

* RGP 제도는 의사와 등록된 환자간의 관계를 공식화하여, 등록된 환자에 대해서만 일정한 기간 동안 이들을 follow-up 하는 것을 RGP의 의무로 규정함.

* RGP는 general medical service를 등록된 환자에게 제공하여야 하며 이들에게 우선권을 주어야 함.

* 이런 공식적인 관계에서는 RGP는 환자의 예방, 진찰, 치료의 계획과 조정 및 환자의 의무기록(병력의 갱신, 사용약제의 기록 등)에 책임을 가져야 함.

- 일정수의 환자에 대한 지식은 의사가 환자를 specialist health care로의 의뢰여부를 적절하게 결정할 수 있도록 해줌. 이는 일차의료와 이차의료간 협조관계 형성에 매우 중요한 의미를 가질 것임.

4) 의사에 대한 보상

- 과거에는 두 종류의 가정의가 있었음(municipality에 고용되어 정해진 월급을 받는 가정의와 스스로 개업하는 가정의가 있었으나, RGP 개혁 이후 지방정부에 고용된 가정의는 거의 없어졌음).

<표 1> RGP reform 이전과 이후의 가정의에 대한 보상 방법 변화

RGP 개혁 이전		RGP 개혁 이후	Source of financing
practice allowance(37%)	----->	capitation(30%)	Municipality
fee for service	----->	fee for service(35%)	National Insurance Adminstration
consultation fee	----->	consultation fee(35%)	Patient

- 개혁으로 municipality의 비용 부담은 감소하여 전체 재정의 약 30% 정도만을 부담하게 되었음. 환자부담은 개혁 이전과 개혁 이후에 큰 변화가 없으며, fee for service의 fee level은 2년마다 National Insurance Adminstration과 의사 협회간 협상에 의해 결정됨

- Levelling or Equalization Grant : 인구가 5,000명 이하인 municipality의 경우 추가적인 재정을 RGP 또는 medical practice에 제공할 수 있도록 하여, 규모가 작은 municipality가 이 제도를 운영할 수 있도록 하였음.

5) 의사 부족 문제 해결

- RGP 제도를 도입하기 위해서는 충분한 수의 의사를 확보하는 것이 중요한 과제가 되었음. 특히 인구가 적은 소외지역의 의사수급이 중요한 과제임. 이를 해결하기 위해 중앙정부는 다음과 같은 수단을 동원하였음.

● Increased Supply of Doctors

- 1990년대 초부터 의과대학 입학생의 수를 310명에서 590명으로 증가하였으며, 유럽 다른 나라(특히 독일, 프랑스, 오스트리아)에서 의사인력을 확충하기 위한 노력을 시도하여 일정한 성과를 거두고 있음.

● Government Control of the Distribution of New Practice Licences

- 의사 시장에 대한 통제력을 확보하기 위해 보건복지부는 1999년 1월부터 practice licence를 일차의료서비스와 전문의료서비스에 배분할 수 있는 법적 권한을 부여받았음. 이로 인해 중앙정부는 의사의 배분에 대해 통제력을 가지고 있음.

● Incentive measures to attract doctors to the outlying districts

- compulsory practice period 근무를 하는 새로운 의사와 소외지역에 근무하는 새로운 의사를 확보하기 위해 다양한 인센티브가 제공되고 있음(예를 들어 칼셰이 지역에서는 3년

을 근무하면 4개월간 유급휴가를 제공하고 있었음)

- 이런 노력을 통해 2001년 1월에는 RGP practice 중 의사를 확보하지 못한 곳이 348에서 192로 줄어들었음.

2. 배경 및 역사

1) Municipal Health Services Act의 제정

- 1984년 Municipal Health Services Act를 제정하여 1차의료서비스에 대한 주요 개혁이 이루어졌음. 이 법으로 1차의료서비스 제공에 대한 의사결정이 중앙정부와 county administration에서 municipality로 이관되었음. 이는 1차의료의 강화를 위한 것이었으며 1차의료에 대한 책임, 권한, 직무를 규정하였음.

- RGP 제도는 2000년 4월 14일 Municipal Health Service Act의 개정을 통해 도입이 결정되었음. 좀더 자세한 내용은 Regulation relating to a Municipal Regular General Practitioner Scheme에 규정되어 있음.

- RGP 개혁은 1984년 제정된 Municipal Health Services Act의 경험을 논의하기 위한, 노르웨이 국회인 Storting에 대해 보고하면서 시작되었음(1989-1990). 이 보고서에는 여러 가지 계약모델과 의료서비스의 조직 방안에 대한 연구와 개발의 필요성이 언급되었으며, 정부가 전체 의료비를 더욱 효과적으로 통제하는 근거가 제시되어야 한다는 사실이 포함되어 있음.

- 보건복지부는 국민이 가정의에게 등록되는 프로그램의 시범사업을 시행할 필요성을 인지하게 되었음.

2) 시범사업 : 1993-1996

- 정부는 1993년 4개 지역에서 3년간의 시범사업을 시작하였음. 시범사업의 목적은 국민이 가정의에게 등록하는 체계가 의료이용자, 의사, 의사의 보건의료 파트너, 지방정부의 입장에서 제대로 작동하는가를 연구하려는 것임. 아울러 이 제도가 작동하기 위해서 재원조달 방식의 어떠한 변화가 필요한 가를 알아보고자 하는 것임.

- 시범사업은 트롬소(Tromsø), 트론헤임(Trondheim), 릴리함메르(Lillehammer), 오스테(Asne)에서 150명의 가정의와 인구 25만 명을 대상으로 실시되었음. 시범사업에 대한 평가

결과 대다수의 환자와 가정의가 시범사업에 만족하였고, 좀더 지속적인 사업을 원하였음. 4개 시범사업지역에서는 이 제도를 시범사업 이후에도 지속적으로 시행하도록 허락되었음.

(1) 시범사업에 대한 평가는 Work Research Institute, NORUT Social Science Research, SINTEF Norwegian Institute for Hospital Research 등 5개 연구소에 의해 이루어졌음. 시범사업의 주요 결과는 다음과 같이 요약할 수 있음¹⁾.

- 주치의제도는 의도한대로 작동하는 것으로 보임. 국민은 의사를 선택하고 이들을 이용하였음. 의사는 자신에게 등록된 환자를 주로 진료하였으며 이로 인해 의사가 등록된 환자 이외의 환자를 제대로 진료해주지 않는다는 불만이 많았음.

- 환자는 주치의를 이용하도록 되어 있기 때문에 자신의 주치의에 대한 접근도가 과거에 비해 매우 중요해지게 되었음. 접근도는 과거에 비해 개선되었으나 일부 지역에서는 전화접근도의 개선이 필요하였음. 응급환자가 아닌 환자의 대기시간이 감소하였으며, 예약이 좀더 용이해졌음.

- 대부분의 주민은 시범사업이 영구적으로 지속되기를 바랐음. 환자에 의한 의료서비스의 질은 긍정적이었음.

- 주치의제도에서는 환자와 의사 관계가 더욱 중요해짐. 환자-의사 관계가 좋으면 주치의 제도는 큰 도움이 될 것이지만, 그렇지 않은 경우에는 문제가 될 수도 있음. 이는 정신질환이나 진단이 어려운 질병을 가진 환자의 경우에는 더 큰 문제가 될 수 있음. 그러나 이런 환자라 하더라도 주치의제도가 환자에게 더 큰 도움이 될 수 있음.

- 주치의리스트는 일단 만들어진 이후에는 안정되었음. 첫 3년 동안 주치의를 변경한 환자는 연 3-4% 정도로 매우 낮았음. 주치의를 변경한 가장 중요한 이유는 이사 때문이며, 의사-환자간 갈등에 의한 경우는 드물었음. 따라서 주치의를 처음 선택할 때 기준을 명확하게 하는 것이 중요함.

- 여자의사가 더 큰 변화를 느꼈으며, 과거에 월급을 받던 가정의가 개원을 하던 (self-employed) 가정의에 비해, 개원한 지 오래된 의원이 새로 개원한 의원에 비해 더 큰 어려움을 겪었음.

- 특정한 환자를 중심으로 한 협력(병원으로의 환자 의뢰 등)은 과거에 비해 개선되었음. 즉, 병원이나 전문의와의 협력이나 개별 환자에 대한 서비스에 대해 조정하고 협력하는 것은 과거에 비해 개선되었는데 이는 환자에 대한 주치의가 명확해졌기 때문임. nursing

1) Heen H, Johnsen E, Mo TO. Forsok med fastlegeordning. Evaluering av et forsok i fire kommuner. AFIs Rapportserie nr./96. 1996.

home이나 home nursing에 대한 협조도 개선되었으며, 정신질환자나 신체장애자에 대한 책임감도 더 명확해짐으로써 이런 환자에 대한 서비스 제공이 과거에 비해 원활해졌음.

- 전문의에 대한 의뢰율은 변화가 없었으며, 병원 입원율은 감소하였음. 응급실이나 야간 진료소 이용도 감소하였는데, 감소율은 5-15% 정도였음.

- 특정한 환자를 중심으로 한 협력은 개선되었으나 시범사업에 참여하는 의사가 다른 보건 및 사회서비스 등의 전반적인 협력활동에 참여시키는 더 어려워졌음.

(2) 시범사업의 경제적 효과 평가

시범사업의 경제적 효과를 1) 세 행정기관수준별(municipalities, counties, state) 지출 2) 의사의 진료수입 3) 가정의가 생산하는 서비스의 정도와 내용 등을 중심으로 평가하였음.²⁾

- 의사와 환자간의 관계가 더 밀접해졌음. 의사는 환자가 과거 제도에 비해 “강해졌다고” 느끼고 있었으며 환자는 자신의 주치의의 볼 “권리”가 있다고 더 느끼게 되었으며 따라서 의사들은 진료에 더 열매이게 되고, 보수교육이나 전문가로서의 발달, 또는 양육 휴가 등을 줄이게 될 것을 우려하였음. 환자는 의사를 선택할 수 있는 권한을 가지고 있는데 대해 만족해하였음.

가. 지출

- 가정의에 대한 지방정부의 지출이 fixed grant에서 per capita payment로 변화하면서 의사 1인당 인구수가 적은 municipality 보다 인구수가 많은 municipality의 재정지출이 크게 증가하였음. 또한 시범사업 이전에 municipality에서 고용되어 월급을 받는 가정의가 많을 수록 비용이 더 많이 증가하는 경향이 있음. 따라서 시범사업 지역에서의 이러한 지출증가 중 많은 부분이 이런 지불방식의 변화에 의한 것임.

- 의사에 대한 접근도가 전반적으로 증가하였으며 이로 인해 비용이 증가하였음. 접근도 향상은 개혁 프로그램의 주요한 목적의 하나이기 때문에 이로 인한 비용증가는 예상했던 것이며 따라서 수용해야 함.

- 인구가 적은 Asne 지역에서는 공공지출이 8% 감소하였으나, 릴레함메르, 트론헤임, 트롬소 등에서는 지출이 각각 14%, 13%, 25% 증가하였음. 이는 위에서 설명한 바와 같이 의사 1인당 인구수가 많고, 시범사업 이전에 월급을 받는 가정의가 많은데 기인함.

2) Iversen T, Luras H. Forsok Med Fastlegeordning. Okonomievaluering av forsokskommunene. DET MEDISINSKE FAKULTET UNIVERSITET I OSLO. 1996

● 시범사업 이후 의료보험에 의해 지불되는 비용은 감소하였으나, municipality의 지출은 증가하였음. 국가 전체의 의료비지출은 3년간의 시범사업기간 동안 점차 감소하였는데 이는 가정의의 수가가 정해진 후 안정되는 것을 반영하는 것으로 보임. 또한 municipality에 의한 지출은 1992-1994년에는 증가하였으나 그 이후에는 안정화되었음. 이는 시범사업 도입 직후에는 municipality의 지출이 증가할 수 있음을 보여주는 것으로 생각됨.

● municipality의 총지출은 31-100% 증가하였으며, 인구 1인당 지출은 34-97% 증가하였음. 이는 생각보다 큰 증가가 아님. municipality 운영비의 39%는 보건과 사회복지 지출이며 이중 9%만이 보건의료서비스에 소요되는 비용임. 따라서 보건의료서비스에 지출되는 비용은 전체 municipality 지출의 2%에 불과하기 때문에 보건의료서비스의 지출이 크게 증가하더라도 이는 전체의 아주 적은 부분에 불과함.

● 가정의가 예방서비스에 투자하는 시간은 시범사업 이후에 변화가 없었음.

● 주치의제도 시범사업 도입 이후 응급의료서비스 이용률은 감소하였음. 특히 응급의료서비스에 대한 니드의 감소는 비교적 크기가 큰 municipality인 트론헤임과 트롬소에서 나타났음.

● 4개 시범사업 지역의 의료비 지출을 19개 대조지역과 비교하였을 때, 시범사업 지역의 1차보건의료서비스에 대한 municipality의 지출은 평균 59% 증가하였으나, 의료보험진료비 지출은 22% 감소하였음. 대조지역 municipality에서는 평균 12%의 지출이 증가하였음.

● 시범지역의 병원 입원환자의 증가는 대조지역에 비해 증가율이 낮았음. 병원 외래 환자에 대한 영향은 지역에 따라 일정한 양상을 보여주지 않았음. 시범사업의 2차진료에 대한 영향을 정확하게 평가하기 위해서는 private practice에서 일하는 specialist의 서비스 변화에 대한 자료가 필요함.

● 주치의제도가 처방에 대한 통제, 특별진찰을 위한 의뢰, sick leave certification 등에 대한 통제를 강화하여 결과적으로는 municipality와 중앙정부 수준에서의 지출을 줄일 수 있을 것으로 생각됨.

나. 가정의의 소득

● 의사 1인의 리스트당 1480명이 등록될 것으로 예상했으나 실제로는 평균 약 1650명이 등록되었음. 가장 적은 리스트는 1000 미만이었고, 가장 큰 리스트는 2700 이었음. 이는 일부 가정의는 주당 38시간 이상을 일하며(따라서 소득도 높으며), 일부 가정의의 소득은 과거 제도보다 낮을 수도 있음을 의미함. 노르웨이 의사협회는 2,000명 이하의 리스트를 가질 것을 권고함.

● 1992-1995년 동안 조사가 가능한 일부 가정의의 소득은 18% 증가하였음. 또한 다른 집단에서는 municipality와 중앙정부에서 얻은 소득이 1992-1995년 동안 11% 증가하였음. 가정의의 소득은 리스트의 크기가 클수록 증가하였으나, 리스트 크기 이외의 다른 요인이 작용하고 있음을 알 수 있음.

● 과거에 private practice에 있던 가정의가 월급을 받던 가정의에 비해 소득이 높았음. 그러나 소득 증가는 월급을 받던 가정의에서 더 컸음.

● recognized specialist in community medicine인 가정의가 그렇지 않은 GP에 비해 소득이 90,000 NOK(약 USD 11,000) 더 많았음.

● 평균소득은 트롬소에서 가장 낮았으며 릴레하메르에서 가장 높았음. 트롬소에서 의사간 소득변이는 다른 지역에 비해 컸음.

● 자신이 원한 리스트 크기 보다 더 적은 수의 환자를 등록한 가정의는 원하는 수의 환자를 등록한 가정의에 비해 환자 1인당 소득이 더 많았음.

다. 가정의가 제공하는 서비스의 내용과 정도

● 가정의의 fee schedule의 변화 중 가장 현저한 것은 time rate와 special rate의 사용이 크게 증가하였고 검사의 사용이 약간 증가하였다는 것임. 그러나 자료의 표준변이가 너무 크고, 통계적으로 유의하지 않기 때문에 이 결과가 주치의제도의 도입으로 인한 것이라고 결론을 내릴 수는 없음.

● 가장 중요한 소견은 의사간 fee의 이용에 매우 큰 변이가 있다는 것과 특정한 가정의가 시간에 따라 적용하는 fixed fee가 변화한다는 것임.

라. 결론

● 환자-가정의 비는 진료비 지출 증가의 단지 한 가지 요인이기 때문에 이를 전국적으로 실시할 때 진료비 지출의 증가가 없을 것이라고 속단할 수는 없음. 개혁 이후 월급으로 보상을 받던 가정의가 자영자로 전환되기 때문에 이로 인한 지출의 증가가 있을 수 있음.

● 환자-가정의 비가 낮은 municipality의 지출 감소는 의사의 소득 감소를 초래할 것이며 이는 환자-가정의 비가 낮은 농촌지역에서 의사를 충원하는데 더 큰 어려움을 초래할 것임.

● 이들 4개 지역이 대표성이 부족하지만 이를 전국민적으로 시행할 때 약 10-20%의 1차 의료에 대한 국민의료비 증가가 예상되며, municipality의 총지출 증가는 약 2%에 불과할 것으로 추정됨.

● 과거 연구에서 가정의에 의해 생성된 지출의 10%는 진료실을 운영하는데 드는 비용이므로 만약 주치의제도가 일차보건의료, 사회서비스, 2차의료서비스간 협력을 원활하게 한다면 일차보건의료의 증가된 비용은 다른 의료서비스나 사회서비스와의 조정 강화로 상쇄될 수 있을 것임.

3) 시범사업 이후

- 시범사업 이후인 1997년 Storting에서 이에 대한 토론이 있었음. RGP 제도는 이와 관련된 이해집단간 협력(The Norwegian Association of Local and Regional Authorities, the Municipality of Oslo and the Norwegian Medical Association)에 의해 만들어져야 한다는 원칙이 이루어졌음. 아울러 치료서비스와 연관된 등록제뿐만 아니라 전반적인 general medical services에 대한 검토가 함께 이루어져야 한다고 논의되었음. 이는 다음 해에 보건복지부에서 발표된 consultation paper³⁾의 주요 이슈였음. 이 페이퍼에서는 RGP 개혁의 범위 내에 충분한 수의 의사가 public medical duties와 general medical services의 다른 임무를 수행해야 한다는 점이 강조되었음.

- 1998년 consultation paper가 제안되고 1999년 국회에 proposition이 제출되는 기간 동안의 주요 쟁점

- * RGP를 가질 권한
- * 다른 municipality에 거주하는 RGP의 선택 가능성
- * 의사의 리스트에 포함될 환자의 수
- * 의사가 부족할 때 지방정부가 의사의 리스트 크기에 관여할 권리
- * 리스트의 구성에 대한 기준
- * 리스트 축소의 권한과 기준
- * 지방수준에서의 이해당사자간 협력
- * 중앙수준에서의 이해당사자간 협력
- * locum 체계 및 진료 공백시 동료의 지원 책임
- * newly qualified doctor의 compulsory practice period 기간에 대한 RGP의 임무부과 권한
- * social medical work에 대한 RGP의 임무부과 권한
- * 주당 public medical work 근무시간에 대한 RGP의 임무부과 권한

- 1997년 12월 보건복지부 내에 RGP project organization이 만들어졌음.

3) consultation paper란 용어 그대로, 정부가 여러 이해관계자들에게 정책 내용에 대해 의견을 묻기 위해 만든 문서임. 자문결과를 토대로 최종안을 만들어 Proposition의 형태로 국회에 제출하게 됨.

- 이해집단간 협력을 위해 central liaison body가 1998년 1월에 만들어졌으며 아직까지도 존재하고 있음. 의사협회내에서는 RGP 제도에 대해 의견이 일치하지 않고 있었음. 1999년 10월 의사협회는 RGP 제도에 반대하던 이사를 교체하였고 이는 RGP 제도 개혁의 중요한 전기가 되었음. 1998년 1월부터 6월까지 여섯 개의 reference group이 활동하였음. 이 그룹에는 위에서 언급한 이해집단과 중앙정부의 대표가 참여하였음. 여기서 논의된 내용은 다음과 같음

* 주로 치료적 기능을 담당하는 체계에서 어떻게 public and social medical work을 시행할 것인가? (public medical work이란 개인을 대상으로 한 예방서비스로 모성과 영유아 센터에서 제공되는 의료서비스가 예임. social medical work은 인구집단을 대상으로 한 예방사업으로 전염병관리가 예임)

* out-of-hour services and emergency first aid services를 어떻게 조직할 것인가?

* 등록자를 어떻게 유지할 것인가?

* medical services for Norwegian Lapps(특히 이동이 심한 순록 돌보는 사람과 노르웨이어를 하지 못하는 사람 등)를 어떻게 제공할 것인가?

* newly qualified doctors serving their compulsory practice period를 어떻게 할 것인가?

* 인구가 매우 적은 municipality가 RGP 제도에 어떻게 적응하도록 할 것인가?

- 1999년 4월 RGP 제도에 대한 경험을 공유하기 위해 덴마크를 방문함 : 중앙정부 및 이해당사자가 Danish National Insurance Scheme, the Danish Ministry of Health and Danish Association of Medical Practitioner를 방문함.

- 1999년 6월 이해당사자간 원칙적인 합의가 이루어짐.

* collaborate to discuss and describe mutual negotiation goals for agreements to replace the elements that were taken out of the regulations proposed in the consultation paper on the suggestions of the social partners.

* collaborate to clarify how the different negotiation themes are to be distributed among central and local arrangements.

- 1999년 9월 24일 정부는 Odelsting⁴⁾에 RGP 제도에 관한 내용을 포함한 Proposition No. 99(1998-1999)를 제출하였음.

- 1999년 11월 트롬소에서 세미나를 개최함. 주요 목적은 제도가 도입되었을 때 성공 기준에 대해 이해당사자간 공통된 이해를 가지기 위한 것임.

4) Odelsting은 노르웨이 국회인 Storting을 구성하는 국회의원의 일부로 구성됨. 이는 우리나라의 상임위원회보다는 더 큰 조직이며, 여기서 결의된 사항을 다시 Storting에서 결의하는 구조를 가지고 있음.

- 2000년 1월 - 3월 RGP Project 근무자가 Norwegian Association of Local and Regional Authorities의 협력을 받아 19개 county 모두를 방문하여 개혁 준비 상황에 대해 점검을 시행함.
- 2000년 4월 14일 Storting에서 Municipal Health Service Act의 개정안이 통과됨.
- 2000년 4월 14일 정부에 의해 Regulation relating to a Municipal Regular GP Scheme with Comments가 만들어짐.
- 2000년 4월부터 10월까지 정부와 이해당사자간 Central negotiations이 이루어짐(다음과 같은 사안을 Regulation에서 Agreement로 결정하도록 하였음).
 - Commission, composition and tasks of a local liaison body
 - Some of the framework for the individual RGP contracts, among others mutual responsibility between colleagues for covering up with absence
 - Solutions to a temporarily shortage of doctors
- 2000년 5월부터 9월까지 각 지방정부에 의사와 지방정부간 동수의 대표로 이루어진 local liaison body가 만들어짐.
- 2000년 11월 Local, individual negotiation이 가정의와 지방정부간에 이루어짐.
- 2000년 11월부터 2001년 1월까지 의원에 근무하는 모든 보조인력이 RGP 선택기간 중 국민으로부터의 요구에 제대로 대응하기 위한 점검이 19개 county 모두에서 이루어짐.
- 2001년 6월 1일 : RGP 제도가 시행됨.

4) RGP 리스트의 확정과 RGP의 선택 일정 - National Insurance Administration이 담당

- Local negotiations(RGP contract) : 리스트 수에 대한 계약 (2000년 11월)
- Forwarding the RGP contracts to the NIA : 협약된 리스트수를 의료보험공단에 통보함(2000년 11월)
- Establishment of a register of RGPs in NIA : 의료보험공단에서 RGP당 등록자수를 확정함(2000년 11월)
- Sending of registration forms to the population : 16세 이상의 모든 국민에게 등록형식을 발송함. 약 80%가 회송을 하여 매우 높은 회송률을 보여주었다고 함. 환자를 RGP에게 배정하는 가장 중요한 기준은 '의사를 이용한 기간' 이었음. 의사에 대한 정보는 이름, 성, 주소, 장애인 시설 유무 정도를 제공하였음(2000년 2월)
- Distribution of RGPs in NIA (2001년 4월-5월)

- Letters to confirmation to the population and the RGPs : 환자에게 선정된 RGP를 확인하였음(2001년 5월)

- Possibility to change RGP: 제도 시행 전 RGP를 바꿀 기회를 제공하였음(2001년 5월 14일부터)

- 제도 시행 전인 2001년 5월 까지의 상황

- 전 인구의 92%가 제1지망, 제2지망, 제3지망의 가정의를 주치의로 선택하였음.
- RGP의 2/3가 자신의 리스트에 여분을 가지고 있었음.
- 전 인구의 0.5%인 24,000명만이 제도에 참여하지 않겠다고 하였음.

- Implementation of the RGP Scheme(2001년 6월)

5) 의사들이 RGP 제도에 대해 두려워한 이유

- 수입감소에 대한 불안 : 리스트의 구성이 주요 관심사임.

- 자율성 감소에 대한 불안 : 리스트의 크기(이는 노동강도와 관련이 있음)와 RGP 계약 내용이 주요 관심사임.

- 재정에서 유리한가?

- 의사간 역할 분담의 명확성

6) RGP 제도를 달성하는데 핵심적인 사건 및 계기

- Recommendation No. 215 to the Storting, June 1997 - 이해당사자간 협력을 결의

- Set-up of the liaison body January 1998

- Making use of persons with confidence among the parties

- Establishment of confidence and having a good communication during the process

- Visit to Copenhagen April 1999

- The agreement in principle June 1999

- The fact that the Ministry dared to leave matters to be regulated through agreements

7) RGP 제도가 논의되게 된 맥락

- RGP 제도에 대한 논의가 제기된 배경은 환자에 대한 의사의 책임이 제대로 이루어지지 않고 있다는 것임. 10여년 전 릴레하메르에서 의사의 진료를 받지 못한 의사가 사망하는 사고가 발생하였고 이후에도 이런 사건이 언론에 계속 보도되었음. 언론은 이런 사고가 생기는 이유를 환자에 대해 명확한 책임을 지는 의사가 없는데서 찾았다고 함. 이와 더불어 의료기관을 전전하는 의사쇼핑 현상이 생기고, 이것이 의료비를 증가시키는 원인의 하나가 된다는 생각에서 일부 연구자에 의해 RGP 제도가 제안되었다고 함.

- 이런 일부 연구자의 주장을 보건복지부가 받아들였고, 이런 제안이 가정의협회 내부에서 논의되기 시작하였음. 가정의의 일부는 환자에 대한 가정의의 책임을 강화해야 한다는 이유로 RGP 제도의 도입을 적극 지지하였으나, 일부 가정의는 반대하였음. 반대의 가장 중요한 이유는 RGP 제도가 의사에 대한 정부의 통제 강화를 초래할 것이라는 점임. 제도를 일단 도입하면 과거로 다시 돌아갈 수 없다는 것이 이들의 주장이었음. 또한 대도시에 근무하는 가정의는 public health job(대다수의 대도시 근무 가정의는 public health job을 시행하지 않고 municipality에 근무하는 가정의가 전담하고 있었음)이 시행하기 어렵고 열등한 작업이라고 생각하기 때문에 이의 시행에 대해 부정적이었음. 그러나 이런 역할을 가정의 모두가 공평하게 분담해야 한다는 생각이 더 설득력을 얻었음.

3. 현재 진행 상황

1) 국민의 만족도 및 수용도

- 공식적인 평가는 아직 이루어지지 않고 있음. 그러나 보건복지부 공무원, 보험공단 실무자, 가정의 모두 제도에 대한 수용성은 높은 것으로 생각하고 있었음. 그러나 오슬로 등 대도시에서는 일부 문제가 발생하고 있는 것도 사실임.

- 오슬로에는 100명의 private practice를 하는 specialist가 있으며 약 340명 정도의 가정의가 있음. private specialist 중에도 지방정부의 재정 보조를 받는 경우와 전혀 받지 않는 경우로 나눌 수 있음. 개혁 이전에는 환자가 private specialist에게 직접 진료를 받을 수 있었으나 개혁 이후에는 환자가 직접 private specialist에게 진료를 받는 경우 consultation fee를 두 배 정도 지불해야 함. 가정의의 의뢰서가 있는 경우 환자는 private specialist에게 진료를 받을 수 있으며 이때 의뢰서는 1년간 유효함.

- private specialist는 RGP 제도의 도입에 반대하였기 때문에 환자에게 가정의의 의뢰서를 받아와야만 진료를 해준다고 해서, 의뢰서 발급을 요구하는 환자와 가정의 간 일부 갈등이 있다고 함. 이는 과거 private specialist를 주로 이용하던 환자에서 생기는 현상이며 일반적인 현상은 아님. 오슬로 등 대도시 이외에는 private specialist가 많지 않기 때문에 이런 문제는 거의 발생하지 않는다고 함. 그럼에도 불구하고 환자를 의뢰한 경우 private specialist(병원의 specialist도 물론이고)는 환자의 소견을 반드시 보내도록 규정하였기 때문에 개혁 이후 환자의 소견이 훨씬 더 잘 전달된다고 함.

2) 의사의 만족도

- 가정의는 만족하는 편이라고 함. 만족하는 이유 중의 하나는 수입이 일부 증가하였기 때

문임. 이는 시범사업에서도 나타난 현상임. 수입 증가는 과거 municipality에서 일정액을 보조해주던 것이 등록환자수에 따른 인두제로 바뀌면서 평균액수가 증가하였기 때문임. 그러나 가정의들은 수입 증가가 크지 않을 것으로 판단하고 있음. 더구나 매년 의사협회와 정부 간 수가 협상이 이루어지기 때문에 가정의의 수입증가는 조만간 상쇄될 가능성이 높다고 판단하고 있음. 병원 근무 의사의 수입은 변화가 없고, private specialist의 수입은 약간 감소할 가능성이 있으나(환자가 직접 방문하지 못하기 때문에), 이는 수가협상과정에서 보충이 될 수 있을 것이라고 함.

- 일부 가정의 특히 개혁 이전에 노인환자나 여자환자를 많이 진료하는 가정의는 이들이 대부분 등록을 하였기 때문에 진료량이 늘어나는 어려움을 겪기도 한다고 함. 또한 등록환자수가 적은 의사의 경우에도 수입감소로 어려움을 느낀다고 함. 인두제적 요소는 과거보다 진료환경을 더 경쟁적으로 만든다고 함. 특히 여자 가정의의 경우 분만 등의 이유로 휴직을 하였다가 복직하는 경우 다른 가정의와의 경쟁에서 등록환자를 확보하는데 어려움을 겪기도 한다고 함. 그러나 트롬소 등 인구가 계속 증가하는 지역에서는 가정의가 새로운 등록환자를 확보하는데 아무런 어려움이 없다고 함.

- 개혁 후 가정의가 느끼는 가장 큰 변화는 “환자에 대한 책임감의 증가”라는 것임. 이는 환자에 대한 부담이 증가한다는 부정적인 의미도 있으나, 이제는 책임을 져야 할 대상이 명확해졌다는 긍정적인 의미도 있다고 함.

- 230,000여 명이 RGP를 변경하였으며, 변경의 이유는 확인되지 않았음. 그러나 예측한 것보다는 변경이 많지 않다는 것이 보험공단 실무자들의 생각임.

- 각 municipality 특히 소외지역에서 개혁 이후 의사를 구하는 것이 훨씬 용이해져, RGP의 공식률은 줄어들었음.

- 노르웨이 전체 435개의 municipality 중 9개에서만 충분한 의사수의 부족으로 RGP 제도의 시행이 유보되었음.

3) 가정의의 소득 변화

- 시범사업에서는 가정의의 소득이 증가되었다는 실증적 증거가 있으나, 개혁 이후 가정의 소득이 얼마나 증가하였는가에 대한 평가는 아직 없음. 그러나 제도의 설계가 시범사업과 다르지 않기 때문에 가정의의 소득이 증가할 것으로 예측하고 있으며, 가정의들도 그렇게 생각하고 있었음.

- Nils Kolstrup이 공개한 소득

<근무 세팅>

* 4인이 공동개원, 비서 겸 검사원 3명(노르웨이 의원에서는 medical secretary라고 하여 일정 기간의 훈련을 받으면 검사원으로 일할 수 있음)

* 근무시간 : 오전 9시 -12시, 오후 2시 - 4시

* 환자예약 : 15분 마다, 하루 25명 정도 진료

* 주 4일은 의원에서 근무, 2일은 대학에서 근무

* 모든 가정의는 주 1일은 지방정부와의 계약에 따라 public health job을 하여야 함. Nils Kolstrup의 경우는 대학근무를 public health job으로 인정받고 있음. 같이 근무하는 Svein의 경우 노르웨이 가정의협회에서 일하는 시간을 역시 public health job으로 인정받고 있음. public health job은 물론 이에 상응하는 보수를 받음.

* 의사 4명 모두 별도의 환자 리스트를 가지고 있으며, Nils의 경우 1,100명의 환자리스트를 가지고 있음. 이는 Tromso나 전국 평균인 1,300명 보다 적은 수입.

< Nils Kolstrup의 수입과 지출 >

* 의원 소득 : 818,200 NOK

* 의원 경비 : 444,000 NOK

* 대학소득 : 180,000 NOK

* 총소득 : 554,000 NOK(약 8천만원/연)

이 소득수준은 트롬소의 다른 가정의에 비해 약간 낮은 수준이라고 함.

참고로 노르웨이 평균 근로자 소득은 250,000 NOK 정도임.

4) 보험수가

- 전반적인 보험수가 수준을 우리 나라와 비교할 수는 없으나, 몇 가지만 예시하겠습니다.

(1) 진찰료

* 가정의에게 가면 : 110 NOK (보험에서 90 NOK 지급)

* private specialist에게 직접 가면 : 170 NOK (보험에서 90 NOK 지급)

* 그러나 상한선이 있어, 1년에 1,200 NOK 이상은 지불하지 않음.

(2) 전화상담료

* 전화 상담이 활발하게 이루어지고 있으며, 전화상담에 대해서는 전화상담료가 별도로 부과되고 있음. Skansen Medical Office의 경우에는 오전 8시-9시에 전화를 받는데, 이때 걸려온 전화는 일차로 비서가 받고 의사에게 전해줌. 비서가 판단해서 급한 것은 의사에게

직접 연결하고 그렇지 않은 경우는 의사가 전화를 다시 함. 이때 걸려온 전화에 대해서는 의사가 어떤 방법으로라도 응답을 한다고 함.

* 전화상담에 대해서는 환자의 ID, 성, 이름, 주소, 전화상담 내용을 적어서 보험청구를 하며 보험자는 청구에 의심스러운 부분이 있으면 환자에게 전화상담여부를 확인할 수 있다고 함.

4. 미래와 전망

- 노르웨이에서 RGP 개혁은 일단 정착된 것으로 보임. 이에 영향을 줄 수 있는 변수는 크게 두 가지로 생각되는데 하나는 최근 총선거에서 개혁을 추진하던 집권 노동당이 패배하여 보수당이 집권할 가능성이 있다는 것과 의료이용의 불편을 느끼는 일부 대도시 거주 주민의 불만임.

- 보수당은 국회 논의 과정에서도 RGP 프로그램의 도입에 반대하였음. 반대의 큰 이유는 국민의 의사 선택권이 제한된다는 것임. 보수당의 반대는 프로그램의 내용이 일부 반영되어 있는데, 예를 들어 다른 municipality에 거주하는 의사도 주치의로 선정할 수 있는 권리(실제로는 거의 사용되고 있지 않지만)가 그것임. 따라서 보수당이 집권한다면 의사선택권을 강화하는 방향으로의 변경이 이루어질 것이라고 예측을 하고 있음. 그러나 RGP 제도 자체를 없애는 것은 가능하지 않을 것이라는 것이 대체적인 분석임. 왜냐하면 보수당 연정에 참여할 기민당(기민당은 지난 정부에서 노동당과의 연정에 참여하였음)은 국회 논의 과정에서 이 제도의 도입에 찬성한 바 있고, 국민의 대다수가 이를 지지하고 있으며, 그리고 이 제도가 도입되어 정착단계에 있기 때문임.

- 제도에 반대하는 사람은 과거에 private specialist를 주로 이용하던 상대적으로 고소득 계층과 이들이 이용하던 약 3,000명 정도 되는 private specialist 등임. 이들의 영향력이 크지는 않지만 제도 시행 과정에서 문제가 발생되면 이들의 목소리가 커질 가능성도 있다고 함.

- 현재 오슬로 등 대도시에서는 emergency care를 둘러싸고 가정의와 오슬로 지방정부간 논쟁이 벌어지고 있음. 과거에는 오슬로시에 4개의 emergency clinic(legevagt)이 있고 여기에는 지방정부에 고용된 가정의가 있어서 이들이 낮 동안의 응급환자(병원 응급실에 갈 정도로 심한 환자를 제외한 경한 응급환자)의 치료를 담당하였으나, 개혁 이후 emergency clinic이 없어지고, 근무 후에만 가정의가 근무하는 세 개의 out-of-hour clinic만이 운영되고 있음. 따라서 응급환자는 오슬로에 있는 central emergency clinic(오슬로 시에 한 개가 있으며, 24시간 응급환자를 진료함)을 이용할 수 밖에 없어 접근도에 문제가 생겼음. 가정의들은 낮 동안의 응급환자의 진료를 조정할 책임을 지방정부가 담당해야 한다고 주장하고 있으며, 지방정부는 이를 가정의 자신이 조직해야 한다고 맞서고 있음. 아직도 논쟁은 계속되고 있다고 함.

- 또 하나의 과제는 public health job에 대한 대도시 가정의의 태도임. public health job이란 개인을 대상으로 한 예방서비스로 nursing home, child and maternal clinic, prison doctor, rural officer, administration duty(emergency clinic 등)를 말함. 대도시에서는 과거 이런 일을 전담하는 가정의가 있었으나, 개혁 이후에는 이를 모든 가정의가 참여하도록 계약을 맺고 있음. 대도시 가정의는 이런 일을 하기를 원치 않고 있음. 특히 근무후 진료에 대해서는 특히 나이가 많은 여자 의사들이 이를 원치 않고 있다고 함. 정부는 이런 public health job 이외에 social health job(인구집단을 대상으로 하는 일로 전염병 관리)도 가정의가 담당해주어야 한다고 생각하고 있으나, 이에 대해서 의사들은 동의하지 않고 있음.

5. 우리나라에 대한 합의

1) 정책 결정 과정

- 노르웨이의 정책 결정과정에서 특이한 점은 정부(지방정부 포함)가 이해당사자(특히 노르웨이 의사협회)와 끝까지 협상을 통해 문제를 해결하였다는 점임. 이해당사간의 합의가 정부가 정한 규정을 대체한다는 결정이 이를 잘 보여줌. 또 하나 이 제도 도입의 전기가 된 것은 노르웨이 의사협회가 협상 과정에서 이 제도에 대해 반대 입장을 표명해 온 이사를 퇴진시키고 새로운 대표를 선출하는 등 협상으로 문제를 해결하려고 하였다는 점임.

- 노르웨이의 정책 결정과정에서도 RGP 제도의 도입에서와 같이 중앙과 지방에 liaison body를 만들어 정책내용에 대해 합의를 하는 방식으로 진행되는 것은 매우 예외적이라고 함. 이는 제도 시행과정에서 공급자인 의사의 협력을 얻는 것이 매우 중요하다고 인식하고 있었기 때문으로 생각됨. 노르웨이 의사협회도 이에 조응하여 의사 사회 내부의 의견을 수렴하고 적극적인 리더십을 보여주었음.

2) 제도 시행 과정

- 먼저 시범사업을 통해서 주치의제도에 대한 국민이나 의사의 의견을 충분히 검토할 수 있었으며, 주치의제도가 가져올 경제적 영향, 주치의제도 시행과정에서의 문제점을 알아내어 이에 대비할 수 있는 시간을 가질 수 있었음.

- 여러 경로를 통한 홍보를 사전에 실시하였음. 보건복지부 내에 홍보담당자를 선정하여, 여러 나라 말로 된 브로셔 제작, 텔레비전을 통한 홍보 광고, 의료기관을 통한 홍보, 교회 등 자발적 조직을 통한 홍보 등 다양한 방법을 통해서 제도의 도입을 알렸다고 함.

- 주치의를 일단 선정하면 대부분 바꾸지 않았기 때문에 주치의 선정 과정을 매우 신중하

게 진행하였음. 국민 모두에게 주치의를 선택할 수 있는 기회를 부여(3지망까지 신청할 수 있도록 하였음)하였으며, 제도 시작 이전에 리스트가 채워지지 않은 주치의를 대상으로 주치의를 바꿀 수 있는 기회를 다시 한번 부여하여 주치의 선정과정에서 가질 수 있는 불만을 완화시켰음.

- 제도 시행 직후의 민원 폭주에 대비하여 중앙보험공단(Central Office of National Insurance Administration)내에 충분한 수의 전화회선을 미리 준비하였고, 전국적으로 통일된 전화번호를 부여하였음. 제도 시행 초기에 전화대기 시간이 길어졌지만 전화가不通되는 등의 문제는 발생하지 않았다고 함.

- 가정의의 소득수준을 현재 보다 높게 설정한 것도 주치의제도에 대한 가정의의 수용성을 높이는데 기여한 것으로 보임.

3) RGP 제도의 내용

- 의사에 대한 지불방법으로 인두제와 행위별수가제를 혼합한 것은 의미가 있다고 생각됨. 이 방식은 행위별수가제에 익숙하고 인두제에 대한 거부감이 심한 우리 나라에서는 바람직한 진료비 지불제도라고 생각됨.

- 전화상담료 등 주치의제도에 포함된 서비스에 대해서 보험적용을 해주는 것은 주치의제도에 대한 국민의 수용성과 의사의 수용성 모두를 증가시킬 수 있을 것으로 생각됨.

- 주치가 지방정부와 협상할 때, public health job을 제공하도록 한 것은 우리에게 익숙한 제도는 아니지만 치료서비스 이외의 분야에 대한 1차의료의사로서의 가정의의 역할규정을 고려할 때 검토가 필요한 사안으로 생각됨.

Out-of-hour program in Denmark

1. 서론

- 근무후진료는 주치의제도 프로그램의 도입시 반드시 포함되어야 할 내용임. 우리 나라의 경우에는 개원의의 근무가 끝난 후 일부 24시간 진료 의원을 제외하고는 환자진료를 담당하지 않고 있음. 환자는 병원급 이상 의료기관의 응급실을 이용할 수밖에 없음.

- 유럽 여러 나라에서는 가정의는 환자에 대해 24시간 책임을 지는 것을 원칙으로 하고 있으며, 다양한 방식의 근무후진료를 통해 등록된 환자의 응급 건강문제를 해결하고 있음. 덴마크는 1992년 근무후진료(out-of-hour program)에 대한 개혁을 시도하였으며 그 내용을 소개하고자 함.

2. 배경 및 역사

- 개혁이 이루어지기 이전인 1992년 이전에 덴마크에는 세 가지 근무후진료 방식이 있었음. 전화상담, 의원 방문과 가정방문이 있었으며 이중 가정방문, 의원방문, 전화상담 순서로 비용이 적게 들었음.

1) 개혁 이전의 근무후진료의 범주

(1) A 범주 서비스 (대도시지역)

- 지역적으로 구성된 당직 체계가 50-200명 정도의 가정의에게 등록된 환자에게 근무후진료 서비스를 제공함. 의사는 대개 8-12시간을 근무하며 근무 여부는 의사 자신이 선택할 수 있음. 가정의는 환자의 전화를 해결하기 위해 앰블런스와 계약을 맺고 있음. 때로는 환자가 의사와 전화로 먼저 접촉하도록 조언들 듣기도 함. 일부 지역에는 응급진료소가 있지만 환자는 이를 거의 이용하지 않으며 90-95%의 환자는 가정방문을 받음.

(2) B 범주 서비스(주로 농촌지역)

- 3-8명의 의사가 협력해서 당직근무를 함. 환자로부터 온 전화를 의사나 의사의 배우자가 응답함. 전화, 의원방문, 가정방문 등의 세 가지 서비스가 제공됨. 전화의 절반 정도는 전화상담으로 종결됨. 의원방문이 흔하고, 가정방문으로 최소한도로 축소됨. 근무시간은 오후 4시에서 다음날 오전 8시 또는 금요일 오후 4시부터 월요일 오전 8시까지로 매우 김.

(3) C 범주 서비스(도시와 인구집중지역에 국한됨)

- A와 B가 혼재 함. 의사는 자신의 근무를 다른 의사에게 비용을 지불하고 전가할 수 있음.

2) 개혁 이유

- 1980년대에 가정의의 근무후진료에 대한 수요가 급격하게 증가되면서 가정의 특히 농촌 지역에 근무하는 가정의가 과도한 업무량과 근무후진료에 대한 낮은 수준의 경제적 보상에 대해 불만을 토로하기 시작하였음.

- 덴마크 의사협회는 이 문제를 해결하기 위해 정부와 협상을 시작하였음. 주요 내용은 계약시간 내에 제공하는 가정의의 진료량을 증가시키고 근무후진료에 대한 환자의 수요를 감소시키는 것이었음.

3. 개혁 내용

- 개혁은 1992년 1월 1일부터 시작되었음.

1) 개혁의 원칙

- 가정의는 환자에 대한 24시간 책임을 지속한다.
- 서비스를 위한 새로운 재정의 투입은 없다.
- 변화로 인한 재정 절감분은 낮 동안의 서비스의 증가를 위해 투여한다.
- 의료기관 이용시 환자의 진료비 부담은 없다.
- 환자는 먼저 가정의에게 전화상담을 해야 하며 가정의가 전화상담, 의원방문, 가정방문을 결정한다.
- 모든 서비스는 5년간의 훈련을 받은 가정의에 의해 제공된다(수련의는 가정의의 감독 하에서만 진료를 담당할 수 있으며, 환자의 전화상담에 응할 수 없다)
- 근무는 가정의가 바쁘게 일할 수 있도록 하며, 근무시간은 가능하면 짧게 한다(8시간).
- 가정의는 35일에 한번 이하의 야간근무와 15일에 한번 이하의 저녁근무를 하도록 한다 (저녁근무는 오후 4시부터 10시까지 토요일에는 8시까지).
- 가정의는 행위별수가제에 의해 보상을 받으며 근무에 소요되는 비용은 가정의가 지불함.
- 서비스 종류에 따라 보상액수가 달라지는데, 전화상담으로 종결하는 경우의 진료비가 의원방문이나 가정방문에 대한 진료비 보다 높게 책정되어 있다.
- 환자의 집까지의 거리가 10Km를 넘는 경우에는 보상액이 더 많아지도록 되어 있다.

2) 새로운 서비스의 제공 체계

- 응급진료소 운영에 대한 경제적 지원은 county 정부가 담당함. 전화와 전산체계를 개선

하기 위한 추가적인 재정지원이 제공됨.

- 중앙에는 중앙통제소(coordination center)가 있어 가정의가 환자의 전화상담을 담당함. 가정의는 1시간에 평균 10-15회 정도의 전화를 받음. 코펜하겐 전체에 3개의 응급진료소(emergency clinic)가 설치되어 있으며 가정의는 평균 1시간당 3-10명의 환자를 진료하도록 되어 있음. 가정방문이 필요한 경우 중앙통제소의 가정의가 가정방문 담당 가정의에게 휴대전화를 연락을 함. 가정방문은 1시간당 2-4곳을 방문하도록 되어 있으며, 택시를 타고 이동함.

- 중앙통제소의 컴퓨터는 환자의 이름, 주소, ID 등을 가지고 있으며, 가정방문 담당 가정의는 무선모뎀을 통해서 이 서버에 접속하여 환자의 정보를 얻고 진료결과를 전송함. 급한 경우에는 처방전을 약국에 전송하고 다음날 주치의에게 진료결과를 팩스나 우편으로 전송함.

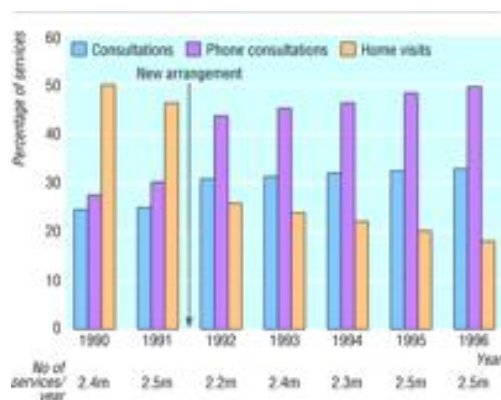
- 근무후진료에 대한 보상이 후하기 때문에 많은 젊은 의사들이 근무를 원함. 코펜하겐지역에서는 근무후진료를 담당할 의사를 구하지 못하는 일은 없다고 함.

4. 개혁에 대한 평가

1) 서비스의 분포

- 가정방문은 개혁 이후 46%에서 18%로 급격하게 감소하였으며, 전화상담은 48%로 이전보다 2배로 증가하였음. 의원방문은 24%에서 33%로 크게 변화가 없었음.

- 서비스의 총량은 개혁 직후 11% 감소하였으나 1996년에는 개혁 당시보다 1% 증가한 수치를 보여주고 있음.

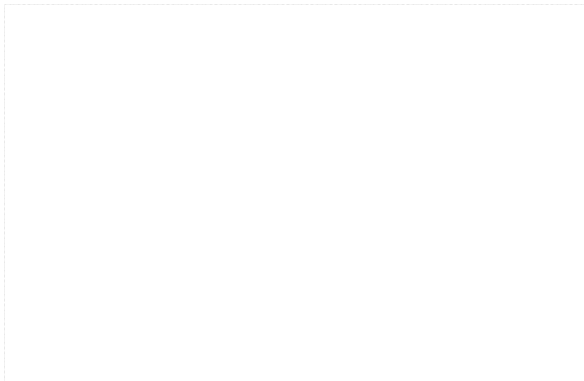


2) 경제적 측면

- 근무후진료 제도의 개혁은 낮 시간 동안 제공되는 진료수가 인상과 함께 이루어졌음. 전반적으로 거의 대부분의 가정의의 수입은 증가하였으며, 수입의 더 많은 부분은 낮 동안의 진료로 벌게 되었음. 개혁 이전에는 전체 가정의의 9.6%가 수입의 1/3 이상을 근무후진료에서 얻었으나 개혁 이후에는 이 비율이 1993년에는 3.5%, 1996년에는 1.8%로 감소하였음. 1991년에서 1992년 사이의 근무후진료에 의한 진료비는 16% 감소하였으나 현재는 1991년 수준으로 회복되었음.

3) 의사의 업무량

- 개혁 이후 의사의 업무량은 크게 감소하였음. 근무후진료를 하지 않은 가정의가 1990-1991년에 23%에서 1993-1995년 사이에 36%로 증가하였음(1995년에 단독개원 가정의의 44%가 근무후진료를 하지 않음).



4) 환자의 만족도

- 근무후진료에 만족하거나 부분적으로 만족하는 환자의 비율은 1991년에 비해 1992년에 낮아졌으나 1995년에는 만족하지 않는 사람이 19%로 만족도가 다시 올라갔음. 이는 환자들이 제도에 익숙해졌기 때문으로 생각됨. 그러나 아직도 만족도는 개혁 이전보다 낮은 상태임. 특히 자신이 원하는 서비스(가정방문)를 받지 못한 환자의 경우 만족도가 훨씬 낮았음.

< 표 1 > 개혁 전후의 근무후진료에 대한 환자의 만족도 변화

Year	Not satisfied	Partly satisfied	Satisfied
Old arrangement			
1991(n=465)	59(13)	89(19)	317(68)
New arrangement			
1992(n=325)	90(30)	37(22)	74(45)
1995(n=1203)	230(19)	303(25)	670(56)

< 표 2 > 근무후진료를 경험한 환자의 근무후진료에 대한 만족도

Got the type of service they expected	Not satisfied	Neutral	Satisfied
Yes(n=999)	99(10)	113(11)	765(77)
No(n=165)	51(30)	37(22)	74(45)
All patients(n=1164)	150(13)	150(13)	839(72)

4. 과제

- 덴마크의 근무후진료는 국민의 만족도 저하에도 불구하고 정착되고 있음. 초기에는 환자가 직접 emergency clinic을 방문하는 것을 허용하는 county도 있었으나 현재는 이를 모두 금지하고 있으며, 모든 환자는 먼저 가정의와 전화로 상담하도록 되어 있음.
- 현재 덴마크의 응급제도는 emergency clinic과 병원의 emergency center로 이원화되어 있음. 외상 등 명백한 경우를 제외하고는 환자의 입장에서 두 기관을 구분하기 어려운 것이 사실임. 따라서 명백한 응급환자를 제외하고는 모든 환자가 전화를 가정의를 먼저 접촉하도록 하는 논의가 이루어지고 있다고 함. 즉 응급환자의 경우에도 가정의의 문지기 역할을 도입하려는 것임.
- 이는 가정의의 업무량을 크게 증가시킬 것이기 때문에 아직 논의가 활발하게 이루어지는 않고 있으나, 이에 대한 적절한 보상이 이루어지고, 업무량이 분담될 수 있다면 대안의 하나가 될 수 있다고 함.
- 또한 근무후진료를 받지 않아도 될 환자의 전화상담을 어떻게 줄일 것인가도 과제가 되고 있다고 함.

5. 우리나라에 대한 함의

- 근무후진료수가를 원가 개념이 아니라 정책적으로 결정한다는 점이 특이함. 전화상담으로 종결한 경우 의사에게 가정방문이나 의원방문을 한 경우보다 더 많은 진료비를 보상하는 점은 색다른 점임. 이 방식은 의사가 경제적인 이유로 필요한 진료서비스 제공을 하지 않을 가능성이 있지만 불필요한 서비스를 제한하는 장점을 가질 수 있을 것으로 보임.

- 근무후진료에 필요한 재정은 지방정부가 지원하고 운영은 가정의 자신이 하는 것이 특이했음. 이는 노르웨이와 대비되는 것으로 많은 노르웨이 가정의는 노르웨이 근무후진료가 확립되지 않은 중요한 이유를 노르웨이의 가정의에게 자율권을 보장하지 않는데서 찾고 있었음. 이는 정책결정 과정에서 정부와 의사사회와의 합의를 중시하며 의사사회가 정부와의 협의하에 지도력과 실행력을 담보하고 있다는 점에서 시사하는 바가 크다고 생각함.
- 가정의에 대한 경제적 인센티브 부여와 함께 제도 시작 이전에 대국민 캠페인 등을 통해서 국민의 불만에도 불구하고 제도가 비교적 성공적으로 정착될 수 있었음.