



일차의료 표준모형과 질 평가체계

이 재 호¹ · 고 병 수² · 임 중 한³ · 이 상 일^{4*} | ¹가톨릭대학교 의과대학 가정의학교실, ²탑동365의원, ³인하대학교 의과대학 사회 및 예방의학교실, ⁴울산대학교 의과대학 예방의학교실

Standard model and quality appraisal framework for the organization of primary care

Jae-Ho Lee, MD¹ · Byung-Su Ko, MD² · Jong-Han Leem, MD³ · Sang-Il Lee, MD^{4*}

¹Department of Family Medicine, The Catholic University of Korea School of Medicine, Seoul, ²Topdong 365-il Clinic, Jeju, ³Department of Social and Preventive Medicine, Inha University College of Medicine, Incheon, ⁴Department of Preventive Medicine, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea

*Corresponding author: Sang-Il Lee, E-mail: sleemd@amc.seoul.kr

Received September 12, 2013 · Accepted September 26, 2013

During the past several decades, population aging and chronic diseases have been common burdens to nearly all the world's countries. To meet future health care needs, many countries have tried to improve the efficiency and equity of the health care system by reforming primary care. In the UK, which has already achieved a high level of strength in primary care, the Quality and Outcomes Framework (2004) was introduced and a great deal of the National Health Service (NHS) budget has been invested in primary care. In the US, a country with a low level of strength in primary care, to transform primary care practices to model practices, medical home movements such as the Patient-Centered Medical Home (PCMH) have been initiated after the development of the joint principles of the PCMH (2007) by 4 major societies of primary care. In Australia, despite having achieved high levels of health outcomes among the OECD countries, the Practice Incentives Program (PIP) has been introduced to respond to concerns about quality and coordination of care and prevention in 1998. In South Korea, a country with a very weak infrastructure in primary health care, where primary care has never been explicitly defined at the national level, the government is trying to improve quality in chronic care by using small financial incentives. The authors assert that a standard model and a quality appraisal framework for the organization of primary care are necessary to achieve the goals of primary care reform in this country.

Keywords: Primary health care; Quality; Republic of Korea

서 론

오늘날 대부분의 국가들은 노인인구의 증가와 만성질환의 증가를 경험하고 있다. 이에 수반하는 의료비 상승과 의료서비스 질 문제가 보건의료 영역에서 해결해야 할 중요한 과제로 대두되고 있다. 이러한 시대적 보건의료 요구들

에 대응하기 위하여 선진국들은 일차의료 개혁을 통해서 보건의료의 효율성, 형평성 및 의료서비스 질 향상을 도모해 왔다. 이러한 개혁은 각국의 정치적 상황과 보건의료 맥락에 따라 다양한 방식으로 전개되어 왔지만, 그 변화의 방향에는 공통점이 존재한다. 세계보건기구 유럽사무국은 지난 30년간 이루어진 일차의료 개혁의 동향을 크게 여섯 가지로 요약

Table 1. Primary care provider organization and payment in 15 countries

	Primary care scores ^{a)}	Practice ownership	Practice size ^{b)} : solo practice (%)	Provider payment	Registration with PCP	Gatekeeping in PC
England	1.9	Mixed	8	Most mix capitation/P4P, public receive salary	Yes	Yes
Denmark	1.7	Private	32 [6]	Mix FFS/capitation	Yes (for 98% of population)	Yes (for 98% of population)
Netherlands	1.5	Private	43	Mix capitation/FFS	Yes	Yes
Finland	1.5	Public	<10	Salary	Yes [7]	Yes
Norway	NA	Private	15	Mix FFS/capitation	Yes	National incentives
New Zealand	NA	Private	37 [8]	Mix capitation/FFS	Yes (for 96% of population)	Yes
Canada	1.2	Private	Quebec 10 Ontario 40	Mostly FFS, but some alternatives (e.g., capitation)	Not generally, but yes for some capitation models	Incentives in some regions/programs
Australia	1.1	Private	35 [9]	FFS	No	Yes
Sweden	0.9	Mixed, but public predominant	3	Most salaried; private receive mix capitation/FFS	Yes (except Stockholm)	Some incentives
Italy	NA	Private	80-85	Mix capitation/FFS	Yes	Yes
Japan	0.8	Private	A third [10]	FFS	No	No
Switzerland	NA	Private	Most	Most FFS, but some capitation	No	In some insurance
United States	0.4	Private	13 [11]	Most FFS, some capitation with private plans	No	In some insurance programs
Germany	0.4	Private	70-75	FFS	No	In some sickness fund programs
France	0.3	Private	61	FFS	No	National incentives
South Korea	0.3 [12]	Private	94 [2]	FFS	No	No

Adapted from Thomson S, et al. International profiles of health care systems [Internet]. New York: The Commonwealth Fund; 2011 [3].

PCP, primary care physician; PC, primary care; P4P, pay for performance; FFS, fee for service; NA, not available.

^{a)}PC scores by Starfield (1998) indicate the strength of PC of each countries (score range 0-2) [4].

^{b)}From Bourgueil Y, et al. QES 2007;127:1-8 [5].

하고 있다. 첫째, 일차의료(general practice/family medicine)를 의학의 전문분야로 도입한 점, 둘째, 그룹진료 의원(group practice)을 장려하는 경향, 셋째, 다양한 보건의료 전문직들 사이의 팀 활동 장려, 즉 전통적으로 의사가 다루던 업무를 간호사와 다른 보건의료 전문직에게 위임하는 경향, 넷째, 바람직한 서비스들(예: 예방접종)에 대한 부가적 지불제 또는 행위별 수가제를 보완하는 부분적 인두제의 도입, 다섯째, 일차의료 전문가가 제공하는 서비스 범위의 확대(예: 지역사회 기반 정신보건서비스와 소수술), 여섯째, 문지기 역할

의 강화(예: 일차의료 제공자에게 보건의료 예산을 맡기거나, 의뢰서 없이 2-3차 진료를 이용하는 것에 대한 제한)이다[11].

우리나라의 경우는 이러한 세계적 동향과 달리 지난 30년간 일차의료 영역에서 가정의학을 의학의 한 전문분야로 도입한 것 외에는 거의 달라진 것이 없다. 일차의료는 그 개념조차 합의되지 않은 상황이 지속되어 왔다. 각 분야의 전문의들이 사실상 최초 접촉 진료를 담당하고 있고, 행위별 수가제 하에서 의료서비스가 분절화 되어 있으며, 병원 부문과 달리 서비스 제공기관에 대한 질 평가 제도가 마련되어 있지

않다. 일차의료 제공자로서의 의원급 의료기관은 단독진료 의원(solo practice)이 대부분(94%)을 차지하고 있어서[2] 서비스의 포괄성과 일과 외 시간 접근성에 문제가 있다. 이 뿐만 아니라 단독진료 의원은 자원 활용의 효율성, 의원 종사자의 직무만족도 등의 측면에서도 문제가 지적되고 있다. 표 1에서 보는 바와 같이, 우리나라는 일차의료기관을 대부분 민간이 소유하고 있다는 점에서 선진국들과 유사하지만, 일차의료의 기관 규모, 지불제도, 주치의 제도, 문지기 기능 등에서 있어서 세계적 동향에서 확연하게 벗어나 있는 것을 알 수 있다. 대다수 국민들이 일차의료의 속성(최초접촉, 포괄성, 관계의 지속성, 조정 기능)이 구현되는 양질의 일차의료 서비스를 지역사회 일차의료 기관에서 경험해 보지 못한 상태에서, 일차의료를 옹호하는 국민 여론은 좀처럼 형성되지 못하고 있다. 게다가 교육수련을 담당하는 지역사회 일차의료기관이 없음으로 인하여 학생 실습과 전공의 수련이 주로 대형 병원에 국한되어 있어 지역사회 일차의료에 학생들의 관심에서 멀어져 있다. 국내 보건의료에서 일차의료 발전방향을 생각할 때, 양질의 일차의료 서비스를 제공하기 위한 일차의료기관의 표준모형을 제시하려는 이유가 바로 여기에 있다. 현재의 국내 의원급 의료기관이 설정된 표준모형을 설정하고 이를 기반으로 점진적인 구조 변화를 일으킬 수 있는 일차의료 질 평가체계를 수립한다면, 우리 보건의료체계의 발전에 있어 나침반과 같은 역할을 할 수 있을 것이다.

일차의료의 구조와 기능

Table 1에 제시된 바와 같이 일차의료 수준이 높은(점수 >1.0) 국가는 낮은 국가에 비하여 일차의료기관의 규모(practice size)에 있어서 대체로 단독진료 의원의 비중이 낮고 다학제팀(multidisciplinary team) 진료가 많음을 알 수 있다. 핀란드와 스웨덴의 일차의료의사들은 지역의 공공기관에서 다학제팀과 함께 그룹진료에 종사하며, 호주, 캐나다, 덴마크, 네덜란드, 뉴질랜드, 영국의 일차의료의사들은 민간소유 의원에서 그룹진료에 종사하는 경우가 큰 비중을 차지하고 있다[5]. 그룹진료는 단독진료에 비하여 의료인의 삶의 질이 높고, 환자 진료의 지속성(continuity of care)이 증가되며, 보

건의료 전문가들이 서로의 경험을 보다 잘 공유할 수 있는 것으로 알려져 있다[13]. 또한 그룹진료는 진료 의사가 학생 교육과 전공의 수련에 근무 시간을 할애할 수 있게 해주며[14], 진료시간이 보다 길어서 서비스의 질을 향상시킬 가능성이 있다[15,16].

세계적으로 일차의료 영역에서 그룹진료 의원이 점차로 증가하고 있다. 미국에서 의사 1-2인이 종사하는 의원의 비중은 1990년대 중반에 40.7%에서 2000년대 중반 32.5%로 감소하는 경향을 보이고 있다[17]. 프랑스에서는 의사가 부족한 지역에서 그룹진료 의원을 활성화하기 위하여 인센티브제도가 실행되고 있다[14]. 노르웨이에서는 주치의 제도 도입 후(2002) 단독진료 의원이 차지하는 비중이 18%에서 15%로 감소하였다[18]. 대만은 국민건강보험제도를 도입한(1995) 후 그룹진료 의원을 장려하기 시작했고, 그룹진료 의원은 전통적인 단독진료 의원에 대한 대안적 진료 방식이 되고 있다. 대만에서 그룹진료 의원에 종사하는 의사의 수입은 단독진료 의원의 의사 수입보다 높은 것으로 나타난 바 있다[19]. 우리나라의 경우 그룹진료를 권장하는 정책이 실행된 바 없어서 일차의료의 세계적 동향과 큰 차이를 보이고 있다.

일차의료 제공자(primary care provider)는 개념적으로는 일차의료에 종사하는 의사, 간호사 등 다양한 전문직들이나 그들이 종사하는 기관을 지칭하는 용어이다. 그렇지만 국내에서는 일차의료 제공자의 정의에 대한 합의가 이루어져 있지 않아 의원급 의료기관이나 그 종사자들을 일차의료 제공자로 간주하는 일이 빈번하다. 또한 일차의료기관을 서비스 이용의 순서(1차 진료)나 기관 시설 규모(병상수 30 미만)를 기준으로 구분하기도 한다. 일차의료 관련 국제 비교나 학술적인 의사소통을 위해서는 일차의료의 속성(최초접촉, 포괄성, 조정기능, 관계의 지속성)과 서비스 내용의 특징에 따르는 분류가 바람직하다. 이 같은 점을 고려할 때 우리나라의 경우 가정의학과/내과/소아과 의원과 전문과를 표방하지 않는 의원을 일차의료기관의 범주에 포함시키는 것은 현실적인 방안이 될 수 있다.

일차의료 수준이 높은 국가는 주치의 제도(registration with primary care physician)가 정착되어 있거나 의뢰체계(referral system)가 잘 지켜지고 있다. 이들 국가들은 일

차의료 진료비 지불제도에 있어서 행위별 수가제, 인두제, 봉급제 등을 혼합하여 적용해 왔는데, 최근 20년 동안 만성 질환 관리와 서비스 질 향상을 위한 성과연동지불제(pay for performance, P4P)를 도입하는 경향이 나타나고 있다. 이는 오랫동안 행위별 수가제만을 택하고 있는 우리나라와 크게 대조를 보이고 있다. 한편, 행위별 수가제는 인두제나 봉급제 등 다른 진료비 지불방식들 중에서 일차의료 속성 구현에 있어서 불리한 제도로 알려져 있다[20]. 2011년 국민 1인당 1년간 의사 방문 횟수가 일차의료에서 행위별 수가제만을 적용하고 있는 국가인 우리나라(13.2회)와 일본(13.1회)은 경제협력개발기구 국가 평균(6.6회)을 크게 상회하며[21], 연간 의사 1인당 진료건수도 두드러지게 많다. 진료시간이 짧아서 서비스가 분절화되고, 포괄성이 떨어지며, 자원의 적절한 활용을 위한 조정기능 수행이 어려워진다. 또한 행위별 수가제에서는 건강보험 수가가 별도로 정해져 있지 않거나 낮게 설정되어 있는 진료 항목들은 소홀히 다루어진다. 우리나라에서 일차의료의 중요한 업무인 건강 증진 및 생활습관에 대한 상담과 교육, 신체진찰, 전화상담, 왕진, 복합만성질환자의 서비스 조정 기능 등이 제대로 이루어지지 못하는 주된 이유를 일차의료 진료비 지불제도에서 찾을 수 있다.

주요 선진국의 일차의료 모형 분류

일차의료 구성에 관한 모형 분류 방식으로 Lamarche 방식(2003)[22]과 Bourgueil 방식(2009)[23]이 있다. 그렇지만 1990년대 이후 실행된 각국의 보건의료체계 개혁은 분권화, 조정 기능의 강조, 그룹진료 의원의 확대, 만성질환관리, 팀 활동 특히 간호사의 역할 강조, 혼합형 지불제도, 전문가의 협력 증대 등의 공통점을 보이고 있어서, 어느 국가의 일차의료 구성이 한 가지 모형에 완전히 일치하는 경우는 줄어들어 가는 추세에 있다.

1. Lamarche의 일차의료 모형 분류

Lamarche 등[22]은 일차의료로 2개의 관점(전문가 vs. 지역사회)에 따라 4가지 유형으로 분류하였다(Table 2). 이 연구의 목표는 산업화된 28개국 일차 보건의료 구성을 분석

하여 모형을 분류하고 캐나다 일차의료의 해당 범주를 찾는 것이었지만, 우리나라에서의 일차의료 정책개발에도 좋은 준거를 제공해 줄 것으로 보인다.

1) 지역사회 모형

일차의료에서의 지역사회 관점은 일련의 의학적, 보건학적, 사회적, 그리고 지역사회 서비스를 제공함으로써 지리적 으로 한정된 특정 인구집단의 건강을 향상시키고 지역사회 개발에 기여하는 것을 목적으로 한다. 지역사회 모형은 다시 통합모형과 비통합모형으로 구분할 수 있다. 이 두 모형은 보건의료체계의 다른 부분들과의 통합 정도에 차이가 있다. 지역사회 통합모형은 건강과 서비스 측면에서 가장 효과적인 모형이어서, 가장 양질의 서비스를 제공하는 것으로 보인다. 특히 의료서비스 이용을 전문가 영역으로부터 일차 보건의료 단계로 효과적으로 이전시킬 수 있어, 서비스 이용 및 비용에 대한 조절 능력에 있어서 최상의 가능성을 보여준다. 또한 이 모형은 지속성과 접근의 형평성에서 상대적으로 우수하지만, 접근성과 환자에 대한 반응성이 상대적으로 취약하다는 단점을 가지고 있다. 지역사회 통합모형은 일차 보건의료의 목표에 가장 부합하는 것으로 보인다. 이에 해당하는 국가의 예로는 핀란드와 스웨덴을 들 수 있다.

2) 전문가 모형

일차의료에서의 전문가 관점은 환자 또는 등록회원에게 의료 서비스를 제공하는 것을 목적으로 한다. 그 목적에 근거하여 전문가 모형은 접촉 모형(contact model)과 조정 기능 모형(coordination model)으로 구분된다. 전문가 접촉 모형은 전통적으로 의사가 자신의 의원을 운영하는 방식이며 행위별 수가제를 기반으로 보상을 받는다. 전문가 조정 모형은 일차 보건의료에 대한 접근성이 양호하고, 환자에 대한 반응성이 좋으며, 전문영역으로부터 일차 단계로 서비스들을 이전시킨다.

연구자들은 4가지 모형의 상대적 성과를 효과성, 생산성, 지속성, 접근성, 접근의 형평성, 반응성, 그리고 질을 포함하는 7가지 관점에서 고찰하였다. 전문가 모형은 접근성과 반응성이라는 측면에서 지역사회 통합모형을 능가했지만, 다른 기준들에서는 그 반대였다. 이들은 캐나다에서 이상적인 일차의료 모형이 전문가 조정기능모형과 지역사회 통합모형

Table 2. Taxonomy of primary care models by Lamarche et al. (2003)

	Professional models		Community models	
	Professional contact model	Professional coordination model	Integrated community model	Non-integrated community model
Characteristics	Family physicians practicing alone or in small groups. Limited association with other health professionals. Limited integration and sharing of information with other health-care services. Likely to be paid on a FFS basis.	Funded primarily through per capita or mixed payment. The care team consists of physicians and nurses. Follow-up and continuity of services to each subscriber. Integration and sharing of information with other services to ensure coordination.	Care teams, which include professionals from various disciplines, provide a broad range of medical, social and community services. The professionals are paid based on time devoted to their professional activity. Use of information technology to integrate services and cooperation with other providers.	Same as integrated model but more limited in terms of availability, continuity towards individual patients and use of information technology to integrate services.
Examples	The United States, Canada, Germany, Belgium, Japan, France, and South Korea.	The United Kingdom, Netherlands, Denmark, Norway, the Stockholm model of Swedish primary care, some HMOs in the United States.	Sweden, Finland, primary care trusts in the United Kingdom, Quebec's local CHCs in Canada.	CHCs in the United States and Canada.

From Anell A. Health Econ Policy Law 2011;6:549-569, with permission from Cambridge University Press [24].
FFS, fee-for-service; HMO, health maintenance organization; CHC, community health center.

의 병합일 것이라고 결론을 내렸다. Lamarche의 일차의료 분류방식에 의하면 우리나라 일차의료는 전문가 접촉 모형에 해당한다. 우리나라와 함께 이 유형에 속하는 미국, 캐나다, 독일, 벨기에, 프랑스 등은 최근 주치의 제도 도입 등 보건의료 체계 개편을 통해서 일차의료의 조정기능 강화를 시도해 왔는데, 각국 보건의료 정책의 경로 의존성(path dependency) 때문에 개혁에 어려움을 겪고 있기는 하지만, 이는 전문가 조정기능 모형으로의 전환을 목표로 하는 것이다.

2. Bourgueil의 일차의료 모형 분류

프랑스의 Bourgueil 등[23]은 9개국(독일, 호주, 캐나다, 스페인-카탈로니아, 핀란드, 뉴질랜드, 네덜란드, 영국, 스웨덴)에 대해서 개념적, 법률적, 체계적, 조직구성 측면에서 분석하고 일차의료의 3가지 모형을 범주화하여, 아래와 같이 기술하였다.

1) 체계화된 규범중심 모형

체계화된 규범중심 모형(hierarchical normative model)은 일차의료를 중심으로 보건의료체계가 구성되며 국가가 규제하는 모형이다. 스페인-카탈로니아, 핀란드, 스웨덴이

그 예이다. 일차의료 개념과 체계는 법에 의한다. 법률은 구체적이어서 일차의료 서비스와 재원조달 수준에 관한 내용까지 포괄한다. 예를 들면, 스페인 카탈로니아의 1985년 개혁 법률안에는 지리적-인구학적 지역 경계를 정하는 건강구역과 일정한 인구집단에 대해 책임을 맡는 다학제 일차 보건의료팀에 관한 내용이 포함되어 있다. 건강구역 당 주민은 5,000-25,000명이며, 각 건강구역에 마을건강센터(commu-nity health center)를 1개소 이상 설치하도록 하고 있다. 마을건강센터는 365일 24시간 운영된다. 핀란드는 Primary Care Health Bill (1972)에서 일차의료의 요건과 표준을 정의한 바 있다. 핀란드와 스웨덴에서 마을건강센터는 다학제 팀과 더불어 보건의료체계의 기본 요소가 되었다. 체계화된 규범중심 모형은 인구 규모에 따라 일차의료 제공자의 비를 법률이 정하기도 한다. 예를 들면 카탈로니아에서 일차의료 의사 1인당 14세 이상 주민 1,750-2,500명, 소아과 의사 1인당 14세 미만 주민 1,250-1,500명, 일차의료 의사 1인당 간호사 1인 등으로 정하고 있다. 일차의료 의사 등록이 요구되는 체계에서는 등록 환자수를 정하고 있는데, 핀란드에서는 의사 1인당 1,500-2,000명이다. 분권화에 의해 지방정부가 서비

스 제공, 관리, 재원조달에 관한 권한과 책임을 동시에 맡으며 중앙정보는 지역간 재무 보정을 통하여 연대의식을 유지한다.

2) 체계화된 전문가중심 모형

체계화된 전문가중심 모형(hierarchical professional model)은 일차의료 의사가 보건의료체계의 근간인 모형이다. 호주, 뉴질랜드, 네덜란드, 그리고 영국의 일차의료가 그 예이다. 고유한 정의가 존재하지는 않지만, 질병의 위험에 대한 보편적 연대라는 이념 위에 조직되어 있다는 공통점이 있다. 모형 태동 시기부터 다양한 방식으로 재원 조달이 이루어졌다. 호주를 제외하면 전문의는 대부분 병원에서 봉급을 받는다. 국가가 법률 등으로 일차의료의 업무와 역할을 표준 규정으로 정하지 않으며, 전문가 학술 단체가 일차의료의 서비스 제공 내용을 정한다. 일차의료는 대체로 가정의학의 역할과 같은 의미로 사용된다. 그럼에도 불구하고 국가의 일차의료 프로젝트는 인구집단 접근방식에 기초를 두고 있기에 광범위하고 분명하다. 일차의료 의사가 문지기 역할을 담당하며 대부분 그룹진료 의원에서 종사한다. 문지기 역할은 병원의 전문의 진료에 대한 접근 규제가 목적이면서 일차의료 구성의 기초 요소들 중 하나를 구성한다. 분권화된 일차의료 의사의 상위기구인 영국의 Primary Care Trust, 뉴질랜드의 Independent Practice Associations과 같은 조직이 자원관리를 맡는다. 네덜란드와 호주에서의 Divisions of General Practice는 진료업무 보완 활동(수련, 건강증진 프로그램, 시술요법 교육, 정보체계)을 위한 자원의 공동소유를 일차적인 목표로 하고 있다.

3) 체계화되지 않은 전문가중심 모형

체계화되지 않은 전문가중심 모형(non-hierarchical professional model)은 총괄적인 일차의료 계획이 없는 모형이다. 보건의료 전문가가 일차医료를 주도하지만, 외래 진료의 구성이 주민과 지역의 필요도에 따르지 않으며 일차의료의 특성을 반영한 목표 달성을 위해 설정된 것이 아닌 점이 특징이다. 문헌에 소개된 독일, 캐나다 외에도, 프랑스, 미국, 일본과 함께 우리나라가 이에 해당한다. 전문화된 외래 진료 체계에 직접 접근이 가능하지만 때때로 별금이 존재하고, 단독진료 의원이 상대적으로 많다. 행위별 수가제로 진료하는 다수의 자영업 전문직과 소외된 주민 진료를 맡는 소수

의 건강센터 등 다양한 일차의료 구성 방식이 공존한다. 이 모형에서는 일차의료가 가정의학과 외래와 각 전문과 외래 모두에서 제공되고, 일차医료를 조직화하려는 노력이 실험적 단계에 머무르며, 일차医료를 강화하려는 시도에 어려움을 겪는다. 체계화되지 않은 전문가중심 모형은 앞에 기술한 다른 두 일차의료 모형으로 변화해가는 경향을 보이고 있다.

표준 일차의료기관: 마을건강센터 모형 제안

세계 각국의 일차의료는 일정한 방향을 가지고 그 구조와 기능 면에서 점진적으로 변화해 나가는 모습을 볼 수 있다. 앞 장에서 살펴 본 일차의료 모형 분류의 예에서 우리나라는 Lamarche의 전문가 접촉모형 또는 Bourgueil의 체계화되지 않은 전문가중심 모형에 해당한다. 이러한 모형을 가진 국가들은 인구의 고령화와 만성질환 증가라는 시대적 상황에 직면하여, 지역사회 통합/전문가 조정기능 모형으로, 또는 체계적 규범 중심 모형/체계적 전문가 중심 모형으로 변화를 모색하는 것이 세계적인 동향이다.

세계보건기구의 일차 보건의료에 관한 알마아타 선언(1978)이 있었음에도, 국내에서 의원급 의료기관이나 보건소 등은 일차의료의 지향해야 할 목표나 방향을 가지지 못해 왔고, 국가는 이에 대해 제도적 지원이나 개입을 거의 하지 않았다. 의원급 의료기관은 행위별 수가제 속에서 개별 증상이나 질병에 초점을 두는 일이 지속되어 왔다. 공공부문은 단발성 보건사업이나 의료 소외지역 해소 차원의 소극적 정책이 대부분이었다. 보건소 등을 통해서 직접 제공하는 일차의료 의료서비스의 질은 민간부문 서비스 질과 비교할 때 매우 낮은 것으로 평가된 바 있으며[25], 일차의료 서비스 제공의 90% 이상을 차지하는 민간부문은 공공부문과의 협력이 매우 부족하였다.

국내에서 심화되고 있는 대형병원 환자집중 현상은 일차의료기관에 대한 환자 신뢰도가 점차로 낮아지고 있음을 보여준다. 따라서 일차의료 강화 정책을 모색할 때, 양질의 서비스를 제공하는 일차의료기관 표준 모형을 설정하여 신뢰를 회복할 필요가 있다. 세계보건기구는 일차의료에서 다학

Table 3. Structural features and 9 functional characteristics of the community ('Maeul') health center as a standard practice in primary care in South Korea

Structural features		Nine functional characteristics
Location	In the community, not in the hospital outpatient department	1) Diagnosing, planning and assessing health in the community (with community members, insurers and public officers).
Equipments/facilities	It should reflect both need and demand in population health.	2) Provision of health care for the vulnerable population.
No. of the target population	Up to 10,000 per a community health center	3) House call / home care for the patients discharged lately from hospital, disabled or aged peoples, neonates, terminally ill patients.
Members of the primary care team (total 15-20 persons)	Primary care physicians (4-5), primary care nurses (4-5), home care nurses (2), social worker (1), physiotherapist (1), administrator (1), dietician (1), medical technologist (1), radiological technologist (1), receptionists (2). If needed, pharmacist, dentist, oriental medicine doctor.	4) Education and counselling for health promotion: tobacco, alcohol, exercise, nutrition and disease prevention.
		5) Management of the diseases targeted nationally.
		6) Immunizations.
		7) Periodic health examination and screening 5 cancers (stomach, colon, uterus, breast and liver) as the national program.
		8) Medical practice at the office.
		9) Undergraduate education and postgraduate medical education/training.

From Lee JH. Health Insur Policy 2011;10:8-23 [26].

제 팀의 역할을 강조했는데, 이미 지역사회 건강센터에서 다 학제 팀이 양질의 서비스를 제공하는 사례를 미국, 캐나다, 영국, 스페인, 스웨덴 등 여러 국가에서 쉽게 관찰할 수 있다. 국내에서 이와 같은 다학제 팀이 일차의료의 속성을 구현하는 표준 일차의료기관인 '마을건강센터' 모형[26]에 대한 제안이 있었다(Table 3). 지역사회 일차의료기관이 짧은 기간 내에 '마을건강센터' 모형으로 전환하는 것은 매우 어려우므로, 일차의료기관 인증제도와 질 평가체계 구축을 통하여 중장기적으로 바람직한 구조를 갖출 수 있도록 국가 차원에서 지원하고 개입하는 것이 바람직하다. 정부 또는 보험자가 지역사회 일차의료기관과의 계약을 통해서 구조적 요건 충족을 위해 지원하고 장려하는 방안을 마련해야 한다. 이러한 표준 모형은 Lamarche의 지역사회 통합모형과 전문가 조정기능 모형의 융합으로, 접근성, 반응성, 조정기능을 갖추게 되어 우리나라에서 일차 보건의료의 목표에 부합하는 이상적인 모형이 될 것으로 기대한다.

'마을건강센터' 모형 설정에서 우선적으로 고려해야 할 대상은 의과대학의 일차의료 교육수련 기능이다. 그 동안 의과대학 학생들에게는 대학병원 임상실습이 전부였으며 지

역사회 일차의료 임상실습의 기회는 거의 제공되지 않았다. 현재와 같은 보건의료체계를 유지하면서, 대학병원에서의 단과 전문분야 위주의 임상실습만으로는 학생들이 일차의료에 대하여 제대로 교육을 받는 것은 불가능한 일이다. 학생들에게 일차의료의 참모습을 보여주는 일이 필요하다. 일차의료 전문의(가정의) 수련교육도 제대로 하는 것이 어려울 수밖에 없다. 그 동안 우리나라에서 단과 전문의 수련교육이 주로 질병 치료에 초점을 두는 민간 부문의 노력에 의해서 이루어져 왔다면, 향후 일차의료 전문의 수련 교육은 건강증진과 예방, 그리고 만성질환 관리에 중점을 두는 공공 부문의 기여가 필수적이다.

다음과 같은 의과대학이 참여하는 세 가지 '마을건강센터' 모형이 가능할 것이다. 각 모형에 대해서 정부와 보험자의 구조 지원이 필요하다[26]. 첫째, 보건소와 의과대학의 협약에 의한 마을건강센터이다. 일차의료 의사를 양성하는 의과대학 가정의학교실이 중심으로 참여하지만, 지역 보건에 필요할 경우 예방의학이나 그 밖의 단과 전문영역의 협조가 가능하도록 한다. 이 모형에서는 마을건강센터에 근무할 의사 인력으로 가정의학 교원이 참여하므로 의사 인력의 안정

수급이 가능하다.

둘째, 지역주민들의 참여와 의과대학의 협약에 의한 표준 일차의료기관 모형으로서의 마을건강센터이다. 지역주민들의 참여의 좋은 사례는 국내에서도 활성화되고 있는 의료생활협동조합(의료생활협)이다[27]. 최근에는 일부 의료생활협이 공공성을 더욱 강화한 의료복지 사회적 협동조합으로 발전해가고 있다. 의료생활협이 가지고 있는 특징인 지역사회 기반과 주민 참여가 일차의료를 구조적으로 튼튼하게 할 수 있는 장점으로 작용할 것이다.

셋째, 민간의원과 의과대학의 협약에 의한 표준 일차의료기관 모형으로서의 마을건강센터이다. 마을건강센터 참여를 희망하는 민간의원들이 의과대학과 협약을 체결하여 마을건강센터를 설립하여 운영하도록 한다.

일차의료 질 평가와 그 동향

1. 일차의료 질 평가의 네 가지 측면

의료의 질에 관한 대부분의 문헌들은 질병 중심적 임상성과에 초점을 맞추고 있다. 흔히 진단된 질병의 관리 또는 특정 질병의 예방에 대해서 초점을 두고 있다. 그렇지만 일차의료는 질병보다는 사람에 초점을 맞추고 있기 때문에, 그 이상의 것을 포함한다. Starfield[4]는 일차의료 서비스 평가에 있어서 중요한 네 가지 측면을 자원 역량, 서비스 제공, 임상적 성과, 그리고 건강수준 평가로 구분하였다.

1) 일차의료 자원 역량

일차의료기관의 구조와 관련된 모든 측면을 의미한다. 예를 들면, 일차의료 제공을 담당하는 의료인의 수, 시설의 유형과 규모, 진료비 지불제도의 적합성, 제공하는 서비스의 범위, 접근성을 위한 계약조건들, 서비스 제공과 평가를 위한 정보체계의 적합성, 일차의료기관이 인구집단의 필요에 부합하기 위한 거버넌스(governance) 기전 등이다.

2) 일차의료 서비스 제공

높은 수준의 일차의료를 달성하는 데 중요한 서비스 제공의 특징들에 관한 것이다. 보건의료 서비스의 효과성과 형평성은 일차의료체계의 수준에 따라 좌우되기 때문에, 최초 접촉, 지속성, 포괄성, 그리고 조정기능의 달성 정도는 일차

의료서비스 제공의 질을 평가하는 데 중요하다. 일차의료 서비스의 적합성 평가는 일차의료기관의 역량과 성과를 모두 포함하고 있다.

3) 일차의료 임상적 성과

서비스 제공의 임상적인 요소의 적합성을 다루는 질의 세 번째 요소이다. 특정한 질병이나 질환들, 또는 건강의 일반적인 측면들에 대해서 초점을 두기도 한다. 전자를 질환별(condition specific) 질 평가, 그리고 후자를 일반적(generic) 질 평가라고 한다.

4) 일차의료 결과(건강수준)

건강수준과 결과는 개념적으로 대등함에도 불구하고, 전자는 일반적으로 관심의 초점이 인구집단에 두어졌을 때 적용하고, 후자는 일반적으로 환자에 대한 임상적 진료가 평가되는 상황에 적용한다. 초창기에는 자료를 쉽게 획득할 수 있었던 사망률로 측정하였고, 나중에 이환율 변화가 추가되었다. 근래에 많이 사용되고 있는 건강관련 삶의 질(health-related quality of life, HRQoL)은 일차의료 결과 평가와 특히 관련이 있다. 임상적 성과 평가와 유사하게 질환별 평가와 일반적 평가로 구분할 수 있다.

2. 일차의료 질 평가체계의 세계적 동향

1) 영국의 Quality and Outcomes Framework

1997년 노동당 정부가 집권할 때 까지 일차의료 중심적인 영국의 보건의료제공체계는 그 비용 억제 노력이 성공한 것으로 보였지만, 이로 인해 영국 보건의료 기반 구조는 시대에 뒤쳐져 있었고, 보건의료 인력 부족과 긴 진료 대기시간에 대한 불만이 증가하게 되었다. 특히 일차 보건의료에 투입되는 자원이 부족했다. 일차의료의사들은 만성질환 관리와 하루 24시간 서비스 제공에 책임을 져야 했기에 업무에 부담을 느꼈고, 낮은 지위와 수입에 대한 우려가 증가하였다. 2000년 National Health Service (NHS) 개혁안에서, 영국 정부는 NHS에 대한 과감한 투자를 공약하였고, 질에 바탕을 둔 계약 확대를 일차의료의사들에게 요청하였다[28].

마침내 2004년 일차의료 트러스트와 일차의료기관 사이에 General Medical Services (GMS) 계약이 영국의사협회와 협의되었고, Quality and Outcomes Framework

Table 4. Quality and Outcomes Framework for the GMS contract 2013/14 in the UK

Domains	Contents	Indicators (total 121)	Points (total 900)
Clinical	AF, Coronary heart disease, Heart failure, HBP, PAD, Stroke and TIA, DM, Hypothyroidism, Asthma, COPD, Dementia, Depression, Mental health, Cancer, CKD, Epilepsy, Learning disabilities, Osteoporosis: secondary prevention of fragility fracture, Rheumatoid arthritis	93	610
Public health	Cardiovascular disease – primary prevention, Blood pressure, Obesity, Smoking, Additional services (Cervical screening, Child health surveillance, Maternity, Sexual health)	18	157
Quality and productivity	Review of data, participation in an external peer review, and engagement with the development of care pathway on 3 items (secondary care outpatient referrals, emergency admissions, and accident and emergency attendances)	9	100
Patient experience	Length of consultations	1	33

From National Health Service Employers. Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2013/14 [Internet]. Leeds: National Health Service Employers 2013 [29]. GMS, General Medical Service; AF, atrial fibrillation; HBP, hypertension; PAD, peripheral arterial disease; COPD, chronic obstructive pulmonary disease; TIA, transient ischemic attack; DM, diabetes mellitus; CKD, chronic kidney disease.

(QOF)에 기초한 자발적인 P4P뿐만 아니라 일과 외 시간 서비스 제공 책임의 면제를 포함하는 변화가 이루어졌다. QOF 프로그램은 처음에는 임상, 구조, 환자경험, 부가서비스의 4개 영역에 걸쳐 146개의 목표들을 포함하고 있었다. 성과연동지불제는 NHS 도입(1948) 이후 일차의료에 대한 지불제도로 지속된 인두제가 질 향상에 소홀했던 점을 개선하기 위한 목적을 가지고 있었다. 그 전반적 목표는 생산성 향상, 환자 중심적 서비스 구성, 일차의료 술기 향상, 질 향상을 위한 문화와 거버넌스 구조 만들기, 이용 가능 서비스 범위 확장, 보건의료인력 확보와 사기진작 등이었다[26]. QOF 프로그램은 2013/14년 GMS 계약에 의해 개편되었으며, 임상(지표 93개, 총 610점), 공공보건(지표 18개, 총 157점), 질과 생산성(지표 9개, 총 100점), 환자경험(지표 1개, 총 33점)의 4개 영역에 걸쳐 총 900점으로 구성되어 있다(Table 4) [29].

2) 호주의 의원성과급제도

호주는 보건의료체계의 전반적 성과가 우수하고, 비용 조절에 성공하면서도 높은 수준의 건강결과를 달성하는 국가

로 평가되지만, 의료의 질과 조정기능 그리고 예방에 대해서는 많은 우려가 존재했다. 아울러 만성질환이 늘면서 서비스 질과 안전에 관한 사건들이 주목을 받아왔다. 질이나 예방서비스에 대한 인센티브가 미미했으며, 시골지역 일차의료 의사 수가 감소하였다. 이 같은 현상은 지불제도가 행위별 수가제이며 주치의제도가 갖추어져 있지 않다는 일차의료의 체계적 요소에 기인하는 바가 컸다. 이 같은 보건의료 문제의 해결방안으로 호주정부는 1990년대에 2개의 대규모 P4P를 시작하였는데, 하나는 소아 예방접종 향상을 위한 예방접종 인센티브 제도(Immunization Incentive Scheme)이고, 다른 하나는 일차의료 영역의 지속적 개선을 위한 의원성과급 제도(Practice Incentive Program, PIP) (1998)이었다. 이는 일

차의료 분절화와 예방서비스 소홀, 만성질환 관리 취약성에 직면하여, 이러한 과제들을 해결하기 위한 광범위한 일차의료 개혁전략의 일환이었다. PIP는 일과 시간 외의 포괄적 진료, 시골 의원, 의대생 교육, 전자건강기록 이용 등 많은 일차의료 영역들에 대해 보상을 한다. PIP에는 호주 일차의료 의사학회(Royal Australian College of General Practitioners, RACGP)의 일차의료기관 표준안(standards for general practice) 인증을 받은 일차의료기관들이 참여할 수 있다. 의원들은 PIP의 3범주(질, 역량, 시골지지)에 포함된 13개 인센티브 영역들 중 선택하여 참가할 수 있다. 질 범주(quality stream)에 약물처방, 당뇨, 자궁경부암 선별검사, 천식, 원주민 건강에 관한 5영역이, 역량 범주(capacity stream)에 전자의무기록, 임상간호사, 일과 외 시간, 학생교육, 고령자 진료 접근성에 관한 5영역이, 그리고 시골지지 범주(rural support stream)에 시골 가중치 부여, 시술하는 일차의료의사 보상, 가정폭력에 관한 3영역이 각각 포함되어 있다[30].

Table 5. The PCMH 2011 program defined by the National Committee for Quality Assurance

Six standards	Twenty seven elements (points)	Recognition levels and point requirements
PCMH 1: enhance access and continuity (7 elements and 20 points)	Access during office hours (4), must-pass; after-hours access (4); electronic access (2); continuity (2); medical home responsibilities (2); culturally and linguistically appropriate services (2); the practice team (4)	<ul style="list-style-type: none"> • Level 1 : 35-59 points and all 6 must-pass elements
PCMH 2: identify and manage patient populations (4 elements and 16 points)	Patient information (3); clinical data (4); comprehensive health assessment (4); use data for population management (5), must-pass	<ul style="list-style-type: none"> • Level 2 : 60-84 points and all 6 must-pass elements
PCMH 3: plan and manage care (5 elements and 17 points)	Implement evidence-based guidelines (4); identify high-risk patients (3); care management (4), must-pass; medication management (3); use electronic prescribing (3)	<ul style="list-style-type: none"> • Level 3 : 85-100 points and all 6 must-pass elements
PCMH 4: provide self-care support and community resources (2 elements and 9 points)	Support self-care process (6), must-pass; provide referrals to community resources (3)	<p>The 6 must-pass elements are required for practices at all recognition levels. Practices must achieve a score of 50% or higher on must-pass elements.</p>
PCMH 5: track and coordinate care (3 elements and 18 points)	Test tracking and follow-up (6); referral tracking and follow-up (6), must-pass; coordinate with facilities and manage care transitions (6)	
PCMH 6: measure and improve performance (6 elements and 20 points)	Measure performance (4); measure patient/family experience (4); implement continuous quality improvement (4), must-pass; demonstrate continuous quality improvement (3); report performance (3); report data externally (2)	

PCMH, Patient-Centered Medical Home.

3) 미국의 환자중심 주치의 의원

미국 일차의료에서 메디컬 홈은 환자중심 주치의 의원(Patient-Centered Medical Home, PCMH) 등 여러 이름으로 불리는 데, 미국 보건의료연구원(Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)은 이를 일차의료 강화를 위한 바람직한 모형으로 평가하고 있다. AHRQ는 메디컬 홈을 단순히 장소로서가 아니라 일차 보건의료의 핵심 기능을 제공하는 일차의료 조직의 모형으로 정의하면서, 포괄성, 환자 중심성, 조정기능, 접근성, 질과 안전이라는 5영역을 포괄하는 것으로 소개하고 있다[31]. 미국의 가정의학회, 소아과학회, 내과학회, 정골의학회는 PCMH 합의문(Joint Principles)을 발표(2007)하였는데, 그 내용에는 주치의(personal physician), 주치의 의원, 전인적 돌봄, 서비스 조정기능과 통합, 질과 안전, 접근성, 지불제도 개편이 포함되어 있다[32].

미국의 질보장위원회(National Committee for Quality Assurance, NCQA)가 환자중심 주치의 의원 표준안(Physician Practice Connections-PCMH, PPC-PCMH)을 발표

하였는데(2008), 여기에서는 환자 중심적이고 조정기능을 갖춘 과정을 강조하고 있다. 이는 2003년에 Robert Wood Johnson재단, Commonwealth기금 등의 지지를 받으며 시작된 프로그램의 확장이며, Wagner의 만성질환 관리모형을 이용한다. NCQA는 가정의학회, 소아과학회, 내과학회, 정골의학회의 자문을 받으며 PCMH 합의문에 기초하여 PPC-PCMH 사업에 착수하였다. 일차의료기관이 PPC-PCMH 인증을 받으려면 필수요소(must pass elements)들을 충족하여야 한다. 2011년의 새로운 표준안에는 6개의 표준영역과 27개의 요소가 설정되어 있는데(총 100점), 각 표준영역에 필수요소가 1개씩 포함되어 있다. 인증수준은 level 1(33-59점), level 2(60-84점), level 3(85-100점)의 3단계로 구분하고 있다(Table 5). 이 표준안은 일차의료기관이 보다 더 환자 중심적일 것으로 요구하면서, 건강정보기술 채택을 위한 연방정부 인센티브를 강화하고 있다[32]. 외래 보건의료 인증협회(Accreditation Association for Ambulatory Health Care, AAAHC)가 2009년에 메디컬 홈 인증을 시작했으며, 전문직들로 구성된 조사요원들이 현장 조사를 하고

있다. AAAHC 외래 인증 핸드북에서 메디컬 홈 표준안에 대해 일정 부분을 할애하여 관계, 지속성, 포괄성, 접근성, 질과 같은 특징들을 평가하고 있다[33].

일차의료 강화를 위한 인증제도와 질 평가체계 구축 방안

1. 일차의료 인증제도와 질 평가체계: 선진국 사례

영국에서 1999년에 설립된 국립보건의료연구원(National Institute for Health and Care Excellence, NICE)은 보건의료서비스 지침서를 제공하여 보건의료서비스가 최상의 가치를 제공할 수 있도록 지지한다. NICE는 임상지침서 제작과 인증, 보건의료기술 평가를 담당하며, QOF의 임상 및 공중보건 질 지표 개발 과정을 관리하고 있다. 지표 개발 업무에는 지표 개발의 우선순위 영역들을 결정하고, 지표를 개발하며, 이를 위해 관련당사자와 협의하는 일이 포함되어 있으며, 기존의 지표들을 QOF에 계속 포함시킬지 여부를 조언하기도 한다[34]. 영국의 일차의료학회는 일차의료기관 인증(practice accreditation)을 담당하는데, 맨체스터 대학교(The University of Manchester)와 함께 영국의 학회(General Medical Council, GMC), 영국간호학회, 질 위원회, 보건부, 일차의료 트러스트, 환자단체와 같은 유관단체들과 협력 하에 인증 표준안을 개발하였다. 일차의료기관 인증에는 6개의 영역(건강불평등과 건강증진; 제공자 관리; 시설, 기록, 장비, 도구 및 약품관리; 제공자 팀; 교육 여건; 환자와 돌봄, 경험, 참여와 반응성)에 걸쳐 78개의 표준 항목을 이용하고 있다. 이 인증을 받은 일차의료기관은 우수의원 인증(Quality Practice Award)을 신청할 수 있다[35].

호주 정부와 전문가 단체들이 1990년대 초반에 일차의료 서비스 질 향상을 위하여 독립적이고 자발적인 의원 인증체계를 제안하였다. 호주 일차의료학회(RACGP)가 인증 평가의 기준인 일차의료기관 표준안(standards for general practices) 개발에 착수하였으며, 현재 인증 평가에는 2010년에 발표된 4차 개정안[36]이 사용되고 있다. 일차의료기관이 호주 정부의 PIP에 참여하기 위해서는 이러한 인증이 필요하다[36]. 호주의 일차의료기관 인증은 두 개의 비영리 기관

(Australian General Practice Accreditation Limited와 General Practice Accreditation)이 담당한다. 두 기구는 RACGP 표준안에 따라 일차의료기관을 심사하고 인증한다. 인증 상태를 유지하기 위해서는 매 3년마다 인증을 받아야 한다[36].

미국에서 1990년에 설립된 NCQA는 비영리 기관이다. NCQA 인증은 의료서비스 질의 상징으로 널리 인식되어 광고에도 이용되고 있다. NCQA는 건강보험에 대해서 인증하고, 특정 서비스 제공기관에 자격증을 발행하며, 양질의 서비스를 제공하는 의료기관을 인증한다. NCQA 인정 프로그램들 중 하나인 PCMH 인정 프로그램은 미국 내에서 일차의료기관을 PCMH로 전환시키기 위해 가장 널리 채택되고 있는 모형이다. 일차의료기관이 PCMH 프로그램에 참여하여 보험자로부터 추가적 지불보상을 받기 위해서는 NCQA의 인정 과정을 거쳐야 한다[37].

2. 우리나라 일차의료 인증제도와 질 평가체계의 방향

앞에서 살펴 본 바와 같이 주요 선진국 질 평가체계 동향을 살펴보면, 영국과 같이 일차의료 수준이 높은 국가는 보건의료의 과정(서비스 제공과 임상적 성과)에 초점을 두어 P4P 등 지불제도 개편을 통하여 서비스 질 향상을 도모하고 있으며, 미국이나 호주와 같이 일차의료 수준이 상대적으로 낮은 국가는 과정뿐만 아니라, 구조 측면의 개선을 동시에 도모하고 있다.

국내에서 일차의료의 질 평가를 통한 일차의료 강화를 모색하고자 할 때, 그 정책개발의 순서는, 평가의 기준이 될 일차의료기관 표준모형의 개발, 일차의료기관 구조 개선을 위한 인증제도의 도입, 질 평가체계 구축과 적용, 성과 측정의 활성화, 질 개선활동 지원 사업 등이 될 것으로 판단된다.

1) 일차의료 인증제도와 질 평가체계 도입 방향

국내에서 일차의료기관 인증제도 도입과 질 평가체계 구축을 위해서는, 첫째, 국가가 일차의료 강화의 필요성에 대해서 분명하게 인지하고 적극적인 자세를 보여야 한다. 일차의료, 일차의료의사 및 일차의료기관의 개념이 모호한 상태에서 일차의료기관 인증제도 도입은 불가능하기 때문이다. 전문가 단체들의 합의만을 기다려서는 곤란하다.

둘째, 일차의료에 종사하는 전문가 단체들이 일차의료 개념에 대해서 합의하고 표준모형에 대해서 원론적 합의를 도출해야 한다. 정부는 이 과정에서 변화를 주도적으로 이끌거나 촉매 역할을 해야 한다. 의원을 전문과목별로 분류해 왔던 관행을 버리고, 포괄적 진료를 제공하는 일차의료의원과 단과 전문의원으로 구분하도록 해야 한다.

셋째, 일차의료의 연구 지원, 기관 인증, 질 지표 개발과 질 평가, 지침서 개발 지원을 담당하는 기구(가칭 '일차의료 연구개발원')의 설립이 필요하다. 국가가 일차의료 담당 기구를 설립하고 예산을 지원하되, 민간부문의 전문가 협의체가 이 기구를 독립적으로 운영하도록 하는 것이 바람직할 것이다. 국내에서 2010년에 설립된 의료기관평가인증원은 사실상 병원 인증기구로서 자율적으로 참여하는 병원과 요양병원 및 정신의료기관에 대한 인증 업무만을 수행하고 있으며, 일차의료기관인 의원 인증을 하지는 않고 있다.

넷째, 일차의료 질 평가체계를 구축해야 한다. 우리나라에서 일차의료의 질 평가가 초기 단계임을 고려할 때 질 평가를 보건의료의 과정 또는 결과 측면에 국한시키면 일차의료의 구조 변화 효과를 기대할 수 없으므로, 반드시 구조 측면에 대한 평가가 포함되어야 한다. 일차의료 질 평가의 틀은 선진국의 사례에서와 같이 일차의료 관련당사자인 서비스 제공자(전문가) 대표, 정부, 보험자, 환자단체 등이 함께 참여하여 개발하는 것이 바람직하다.

다섯째, 일차의료기관을 대상으로 하는 성과연동지불제 시범사업이 필요하다. 이러한 시범사업은 일차의료기관 인증을 받은 의원들을 대상으로 하며, 정책 효과를 기대하기 위해서는 시범사업에 참여하는 의원들이 서비스 질과 성과에 대하여 평가 결과에 따라 만족할만한 수준의 보상을 받을 수 있도록 할 필요가 있다.

2) 일차의료 인증제도 관련 당사자의 역할

일차의료에 대한 인증제도 도입에 있어서 주요 관련 당사자들이 담당하여야 할 역할을 정리하면 다음과 같다. 국가는 일차의료 인증에 관련된 제도 및 법률을 정비하고, 인증을 위한 기준 개발, 조사의 수행 등을 담당할 기구를 설립하고 지원하여야 할 것이다. 일차의료 표준모형의 구체적인 도입 방안을 개발하고 이의 실현 가능성 평가를 위한 시범

사업 수행에 대한 국가의 재정적 지원이 필요하다. 양질의 일차의료 인력 양성을 위하여 우수한 일차의료기관에 일차의료 인력의 수련 교육 기능을 부여하고, 일차의료 인력의 안정적 공급을 위하여 수련 교육 비용을 국가가 지원하여야 할 것이다. 또한 국가는 표준화된 건강정보체계 개발과 활용을 적극적으로 지원하고 개입해야 한다. 정보체계는 성과를 측정하고 분석하기 위한 자료의 수집을 가능하게 하여 질 평가와 관리를 효과적으로 할 수 있도록 해 주기 때문이다.

일차의료의 지속 가능성을 확보하기 위해서는 건강보험 진료비 지불제도의 근본적인 정비가 필요하다. 일차의료 인증과 관련하여 일차의료 활성화를 위하여 우선적으로 도입해 볼 수 있는 방안으로는 일차의료 인증을 받은 기관에 대하여 건강보험 진료비 보상 수준을 차별화하는 방안을 고려하여 볼 수 있다. 현재의 건강보험제도 내에서 일률적으로 적용되고 있는 의원급 요양기관의 종별 가산율을 인증 여부에 따라 차등화하여 의원급 의료기관의 인증 참여율을 높이고 일차의료의 질적 수준을 향상시키는 지렛대로 활용할 수 있을 것이다. 성과 측정의 활성화를 위해서는 인증 결과를 인증과 불인증으로만 구분하는 방식이 아니라, 인증 수준을 여러 단계(3-5)로 구분하여야 하여 인증 수준에 따라 진료비 보상에 차이가 생기도록 해야 한다. 장기적으로는 건강보험 요양기관 당연지정제가 계약제로 전환된다면, 일차의료 인증 참여를 요양기관 계약 조건에 포함시키는 방안도 고려하여 볼 수 있을 것이다.

일차의료 인증 기준 개발에는 전문가 단체가 주도적 역할을 하되, 인증의 사회적 수용성을 높이기 위해서는 관련 집단 대표자들이 참여하여야 한다. 일차의료 기반이 매우 취약한 국내에서 일차의료기관 인증 기준은 구조 측면에 대한 질 지표 개발과 인센티브를 활용하는 것이 필요하다. 이를 통해서 단독진료 의원에서 그룹진료 의원으로, 의사중심 진료활동에서 다학제 전문직들이 참여하는 일차 보건의료 팀 활동으로, 그리고 행위별 수가제만의 지불제도에서 혼합방식으로의 전환이 가능해야 한다. 자발적 참여에 기반을 둔 인증제도의 경우 인증 참여율을 높이기 위하여 인증 기준을 낮게 설정하려는 경향이 나타날 수 있으므로, 호주의 사례에 서처럼 인증 기준 설정(전문가 단체)과 인증 업무 수행(인증

기구)을 구분하는 것이 바람직하다.

일차의료 인증 업무를 수행하기 위해서는 이를 담당할 기구가 필요하다. 대부분의 국가에서 병원 인증과 일차의료기관 인증은 담당 기구가 구분이 되어 있으므로, 장기적으로는 일차의료 인증을 담당할 독립기구의 설립이 필요할 것으로 판단된다. 단기적으로는 앞에서 언급한 가칭 '일차의료연구개발원' 내에 전담 부서를 두는 방안을 고려하여 볼 수 있을 것이다.

일차의료의 활성화를 위해서는 국민들의 선택이 매우 중요하다. 현재 우리나라에서 나타나고 있는 대형의료기관의 환자 집중 현상이 일차의료에 대한 신뢰 부족에 기인한다는 점을 고려하여 볼 때, 일차의료 인증이 국민들에게 양질의 일차의료 서비스를 제공하는 기관을 선별하는 정보를 제공해 줄 수 있어야 한다. 또한 국민들의 합리적 선택을 유도하고 일차의료 제공자의 인증 참여에 유인을 제공하기 위해서는 일차의료 인증을 받은 기관을 선택할 때 건강보험 본인 부담을 경감하는 방안 등도 고려할 수도 있을 것이다.

결 론

본 논문에서 살펴본 바와 같이 이미 선진국들은 10여 년 전부터 고령사회와 만성질환 시대를 대비하여 보건의료체계 개혁을 시도해 왔는데, 일차의료 부문이 그 개혁의 중심에 있다. 일차의료는 체계화된 규범중심 모형에 속하는 스웨덴은 국가의 규제를 줄이면서 주치의제도 도입으로 전문가의 조정기능을 강화시키는 방향으로 개혁을 해왔으며, 일차의료는 체계화된 전문가중심 모형에 속하는 영국은 일차의료 질 향상을 위해 P4P를 통해 많은 재원을 투입해왔다. 우리나라와 같이 일차의료는 비체계적 전문가중심 모형에 속하는 프랑스와 미국에서도 선호의사제도 도입을 통하여 일차의료 조정기능 강화를 시도하거나 전국적인 메디컬 홈운동을 통해서 일차의료 기반 강화와 서비스 질 향상을 동시에 추구하고 있다. 최근 국내 보건의료계에서 일차의료 관련 논의가 시작된 것은 이와 같은 선진국의 동향에 비추어 보면 시기적으로 늦은 감이 든다. 게다가 이들 선진국들과 비교할 때 보건의료체계 구조와 일차의료 기반이 상대적으로

로 더 취약하고 세계 최고 수준의 인구 고령화 속도 등 보건의료 안팎의 환경 때문에 더욱 위기감이 고조되고 있다. 이 같은 상황에서 일차의료의 개념과 표준모형에 대한 사회적 합의를 도출하고, 일차의료기관 표준안에 부합하는 일차의료 인증 및 질 평가체계를 구축하여 일차의료 질 향상을 도모하는 것은, 우리나라 보건의료체계가 국민 건강의 형평성과 효율성에 기여하기 위해서 요구되는 중요한 시대적 과제이다. 국가 차원에서 일차의료의 질 평가 및 향상에 대한 신속하면서도 효과적인 정책 마련이 필요한 시점이다.

핵심용어: 일차의료; 질; 한국

REFERENCES

1. World Health Organization, Regional Office for Europe. Trends in primary care: western Europe [Internet]. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe [cited 2013 Aug 24]. Available from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/primary-health-care/facts-and-figures>.
2. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD reviews of health care quality. Korea 2012: raising standards. Paris: OECD Publishing; 2012.
3. Thomson S, Osborn R, Squires D, Reed SJ. International profiles of health care systems [Internet]. New York: The Commonwealth Fund; 2011 [cited 2013 Aug 24]. Available from: <http://www.commonwealthfund.org/>.
4. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
5. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Medical group practice in primary care in six European countries, and the Canadian provinces of Ontario and Quebec: what are the lessons for France? QES 2007;127:1-8.
6. Pedersen KM, Andersen JS, Sondergaard J. General practice and primary health care in Denmark. J Am Board Fam Med 2012;25 Suppl 1:S34-S38.
7. Vuorenkoski L, Mladovsky P, Mossialos E. Finland: health system review. Health Syst Transit 2008;10:1-168.
8. Royal New Zealand College of General Practitioners. A profile of New Zealand general practices in 2007. Wellington: Royal New Zealand College of General Practitioners; 2008.
9. Primary Health Care Research and Information Service. General Practice size in Australia, 2005-06 to 2010-11 [Internet]. Adelaide: Primary Health Care Research and Information Service [cited 2013 Aug 25]. Available from: <http://www.phcris.org.au/fastfacts/fact.php?id=4970>.

10. Tataru K, Okamoto E. Japan: health system review. *Health SystTransit* 2009;11:1-164.
11. Physicians Foundation. A survey of America's physicians: practice patterns and perspectives [Internet]. [place unknown]: Physicians Foundation; 2012 [cited 2013 Aug 25]. Available from: http://www.physiciansfoundation.org/uploads/default/Physicians_Foundation_2012_Biennial_Survey.pdf.
12. Ahn SH. Assessment of primary care level in Korea and comparison with the developed countries. *J Korean Acad Fam Med* 2001;22:483-497.
13. Feron JM, Cereixe F, Pestiaux D, Roland M, Giet D, Montrioux C, Paulus D. GPs working in solo practice: obstacles and motivations for working in a group? A qualitative study. *Fam Pract* 2003;20:167-172.
14. Baudier F, Bourgueil Y, Evrard I, Gautier A, Le Fur P, Mousques J. Group practice dynamics among private general practitioners from 1998 to 2009. *QES* 2010;(157):1-6.
15. Campbell JL, Ramsay J, Green J. Practice size: impact on consultation length, workload, and patient assessment of care. *Br J Gen Pract* 2001;51:644-650.
16. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, Mead N, Safran DG, Roland MO. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *BMJ* 2001;323:784-787.
17. Kirchoff SM. Physician practices: background, organization, and market consolidation [Internet]. Washington, DC: Congressional Research Service; 2013 [cited 2013 Aug 25]. Available from: <http://www.fas.org/sgp/crs/misc/R42880.pdf>.
18. Grytten J, Skau I, Sorensen R. Characteristics of solo and group practices in Norwegian general practice. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005;125:1357-1360.
19. Lin HC, Chen CS, Liu TC, Lee HC. Differences in practice income between solo and group practice physicians. *Health Policy* 2006;79:296-305.
20. De Maeseneer J, Bogaert K, De Prins L, Groenewegen PP. A literature review. In: Brown S, editor. *Physician funding and health care systems: an international perspective*. London: Royal College of General Practitioners; 1999. p. 18-32.
21. Organization for Economic Cooperation and Development. OECD health data 2013: frequently requested data [Internet]. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development; 2013 [cited 2013 Aug 25]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2013-frequentlyrequesteddata.htm>.
22. Lamarche PA, Beaulieu MD, Pineault R, Contandriopoulos AP, Denis JL, Haggerty J. Choices for change: the path for restructuring primary healthcare services in Canada, Ottawa [Internet]. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2003 [cited 2013 Aug 25]. Available from: http://www.cfhi-fcass.ca/migrated/pdf/researchreports/commissionedresearch/choices_for_change_e.pdf.
23. Bourgueil Y, Marek A, Mousques J. Three models of primary care organisation in Europe, Canada, Australia and New-Zealand. *QES* 2009;(141):1-6.
24. Anell A. Choice and privatisation in Swedish primary care. *Health Econ Policy Law* 2011;6:549-569.
25. Sung NJ, Suh SY, Lee DW, Ahn HY, Choi YJ, Lee JH; Korean Primary Care Research Group. Patient's assessment of primary care of medical institutions in South Korea by structural type. *Int J Qual Health Care* 2010;22:493-499.
26. Lee JH. Desirable strategies to facilitate primary care in South Korea. *Health Insur Policy* 2011;10:8-23.
27. Lee JH. The dream of health cooperatives: a healthy community and a happy country. In: Lee JH, editor. *The most humanistic health care*. Goyang: Story Planner; 2011. p. 21-32.
28. Cashin C. United Kingdom: Quality and Outcomes Framework (QOF). Washington, DC: The World Bank; 2011.
29. National Health Service Employers. Quality and Outcomes Framework guidance for GMS contract 2013/14 [Internet]. Leeds: National Health Service Employers; 2013 [cited 2013 Aug 25]. Available from: <http://www.nhsemployers.org/Aboutus/Publications/Documents/qof-2013-14.pdf>.
30. Cashin C, Chi YL. Australia: the Practice Incentives Program (PIP). Washington, DC: The World Bank; 2011.
31. Agency for Healthcare Research and Quality. Defining the patient centered medical home (PCMH) [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality [cited 2013 Aug 25]. Available from: http://pcmh.ahrq.gov/portal/server.pt/community/pcmh_home/1483.
32. National Committee for Quality Assurance. Standards and guidelines for NCQA's Patient-Centered Medical Home (PCMH) 2011 [Internet]. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance; 2011 [cited 2013 Aug 25]. Available from: <http://www.iafp.com/pcmh/ncqa2011.pdf>.
33. Accreditation Association for Ambulatory Health Care. Medical home [Internet]. Skokie: Accreditation Association for Ambulatory Health Care [cited 2013 Aug 25]. Available from: <http://www.aaahc.org/accreditation/primary-care-medical-home/>.
34. National Institute for Health and Care Excellence. About the Quality and Outcomes Framework (QOF) [Internet]. London: National Institute for Health and Care Excellence [cited 2013 Aug 25]. Available from: <http://www.nice.org.uk/aboutnice/qof/>.

35. Royal College of General Practitioners. Practice accreditation and quality practice award [Internet]. London: Royal College of General Practitioners [cited 2013 Aug 25]. Available from: <http://www.rcgp.org.uk/revalidation-and-cpd/practice-accreditation-and-quality-practice-award.aspx>.
36. Royal Australian College of General Practitioners. Standards for general practices (4th edition) [Internet]. Victoria: Royal Australian College of General Practitioners [cited 2013 Aug 25]. Available from: <http://www.racgp.org.au/your-practice/standards/standards4thedition/>.
37. National Committee for Quality Assurance. Start to finish: Patient-Centered Medical Home (PCMH) recognition [Internet]. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance [cited 2013 Aug 25]. Available from: <http://www.ncqa.org/Programs/Recognition/PatientCenteredMedicalHomePCMH.aspx>.



Peer Reviewers' Commentary

본 논문은 일차의료 표준모형과 질평가체계에 대한 제안을 담고 있다. 아직 일차의료의 개념이 분명히 정립되어 있지 않은 국내 정책환경을 고려할 때 본 논문은 일차의료의 개념과 체계에 대한 개괄을 제공함으로써 중요한 기여를 할 수 있을 것이라 판단된다. 특히 타국가의 체계를 리뷰하고 우리나라에 적용 가능한 대안을 제시한점, 적절한 평가체계를 제시한 점 등은 평가할만한 부분이다. 아직 일차의료의 내용과 제공방식, 질평가의 내용과 방식에 대해서는 많은 논의가 필요한 만큼, 본 논문은 저자들의 제안을 기초로 향후의 활발한 논의를 촉발하기 위한 목적으로 서술되었다고 보이며, 그러한 역할을 수행하기에 적절한 내용이라 판단된다.

[정리: 편집위원회]