

전 국민 주치의제도 도입방안

- 2012년 대선공약 제안서 -

일차의료연구회

2012년 9월

1

공약 제안 배경

1. 합리적 의료서비스 이용을 지원하는 제도의 필요성

○ 헌법상 기본권인 건강권을 지키는데 중요한 요소

- 질병이 언제 발생하는지, 필요한 의료서비스가 무엇인지는 일반국민으로서 알 수 없음, 따라서 질병을 얻었을 때 필요한 의료서비스를 안내해주는 것은 헌법상 기본권인 건강권을 지키는데 중요한 요소임

○ 국민 자신의 건강상태를 잘 알고 있는 주치의 반드시 필요

- 어디가 아프면 바로 자신의 주치의에게 진료를 예약하거나 전화 상담을 하는 주요 선진국 국민들의 의료이용 관행과는 사뭇 다름. 즉, '의료'라는 넓고 위험한 정보과학기술의 바다 앞에서 타야 할 배와 목적지를 정해야 할 때, 우리나라의 경우 개개인이 위험부담을 안고 이러한 결정을 해야 하지만, 주요 선진국들에서는 자신의 건강상태를 잘 알고 있는 주치의가 이를 대신해 주고 있어 반드시 필요한 제도임.

2. 건강의 사회적 책임 확대와 의료서비스의 공공성 강화 필요성

■ “건강은 국가와 사회가 책임져야 할 것”

- 건강은 개인이 책임져야 할 것”이라는 관점에서 본다면 상품으로서의

의료서비스를 스스로 선택하는 것은 당연함. 그러나 오·남용될 경우 건강을 해칠 수 있는 의약품, 수술 등이 소비 품목인 의료 분야는 다른 경제 분야와 달리 전문지식이 없는 국민에게 의료서비스 선택에 관한 모든 책임을 떠넘겨서는 안 됨.

- 국민이 건강에 대한 모든 책임을 져야 하는 상황에서는 의료서비스나 건강검진을 제 때 받지 못하고 의약품이나 진단 검사를 반복해서 받게 될 가능성이 높아져 오히려 건강을 해칠 수 있으며 그와 더불어 비용이 낭비되는 것은 말할 것도 없음.
- 주치의 제도는 이러한 문제를 합리적으로 풀 수 있는 제도로서 국민의 건강수준과 의료의 질을 향상시키고 국민의료비를 감소시킴으로써 의료의 공공성 강화에 기여할 것으로 기대됨

3. 제도 홍보와 사회적 의제화의 필요성

○ 주치의를 두지 않은 채 자유롭게 의료이용을 할 때의 위험성

- 주치의를 두지 않은 채 자유롭게 의료이용을 할 때의 위험성을 일반 국민은 피부로 느끼지 못함. 그 결과가 다른 요인들과 함께 복합적으로 서서히 나타나기 때문에 뚜렷하게 인과관계를 입증하기가 어렵기 때문임.

※ 예를 들면, 세계 어느 나라도 조기검진을 권하지 않는 갑상선암에 대해 우리나라는 선진국보다 5-10배 많이 조기검진을 하고 있어서 수많은 사람이 암 공포감과 함께 평생 호르몬을 복용해야 하는 삶의 질 저하를 경험하고 있음.

○ 주치의제도의 부재와 건강검진의 상업화

- 주치의제도의 부재와 건강검진의 상업화가 갑상선암 과다진단과 발생률 증가의 배경이라는 사실에 대해서는 좀처럼 인지하지 못하고 있음. 상황이 이렇함에도 지난 10여 년 동안 우리나라에서 주치의제도 도입 논의가 미미했음. 대선공약에 포함시킴으로써 제도를 홍보하고 여론을 형성하여 사회적 의제로 만드는 일이 필요함.

1. 일차의료란?

- 주요 선진국 국민들은 주치의가 활동하는 일차의료 영역에서 건강문제의 80-90%를 해결하므로 세부 전문화되어 많은 비용이 드는 병원을 덜 방문함.
- 일차의료의 수준이 높은 국가의 국민은 그렇지 않은 국가의 국민보다 자국 의료체계에 대한 만족도가 높으며, 합리적이고 형평성이 높은 건강관리가 가능하여 건강수준도 우수함.

일차의료란, 건강을 위하여 가장 먼저 대하는 보건의료를 말한다. 환자의 가족과 지역사회를 잘 알고 있는 주치의가 환자-의사 관계를 지속하면서, 보건의료 자원을 모으고 알맞게 조정하여 주민에게 흔한 건강문제들을 해결하는 분야이다. 일차의료 기능을 효과적으로 수행하기 위해서는 여러 분야 보건의료인들의 협력과 주민의 참여가 필요하다. 일차의료는 최초접촉, 포괄성, 관계의 지속성, 조정기능이라는 네 가지의 핵심적인 속성을 갖는다.

- 이러한 일차의료의 핵심 속성들이 잘 구현되도록 하는 제도가 바로 주치의제도임.

2. 주치의는 어떤 의사인가?

○ 최초접촉 진료와 지역사회의 중심적 역할

- 주치의는 개인이나 가정을 대상으로 최초접촉 진료를 수행하는 일차의료 전문의(일차의료 의사)
- 북미대륙에서는 대체로 가정의학 전문의(가정의), 유럽에서는 일반의학 전문의(general practitioner)로 호칭하기도 함. 신체의 특정 장기나 질병만을 전공하며, 주로 병원에 종사하는 자문의(단과전문의)와 분명하게 구별됨. 대부분은 지역사회의 일차의료기관(의원)에 종사하며, 지역사회 일차보건의료 팀에서 중심적 역할을 수행하기도 하며 주요 선진국들에서는 의대 졸업 후 3~6년의 임상수련(레지던트) 과정을 마쳐야 일차의료 전문의로서 환자 진료를 할 수 있음.

* 참고 : 주요 국가의 일차의료 의사의 비중

전체 의사들 중에서 일차의료 의사의 비중은 영국 45%, 프랑스 50%, 호주 60%, 캐나다 50% 등으로 대부분의 선진국들은 30~50% 정도를 유지하고 있음. 우리나라의 경우 일차의료 전문의에 해당하는 의사는 가정의인데, 전체 의사 중 10%에도 미치지 못함. 미국의 경우처럼 개원하고 있는 내과와 소아과 전문의 등을 일차의료 영역에 포함시키면 일차의료 의사는 약 20% 수준임.

- * 주요 선진국들에 비해서 일차의료 전문의 수가 부족하고, 국민 개개인이 모든 분야의 전문의를 스스로 선택하여 최초접촉 진료를 받고 있는 우리나라의 경우, 개개 질환별로 담당 의사를 두고 있는 환자들이 많음. 예를 들면, 고혈압에 대해서 대형 병원 심장전문의 진료를 받거나, 두통은 신경과, 요통은 신경외과, 비염은 이비인후과 전문의를 담당 의사로 두는 경우가 흔하다는 것이 문제점. 이러한 의료서비스 분절화 현상은 주요 선진국들에서는 보기 어려운 기이한 현상으로 의약품 중복투여, 검사의 반복, 체계적인 평생건강관리 부실 등의 원인이 되고 있음.

3. 주치의제도란?

○ 주치의제도의 정의

- 일차의료 전문의(주치의)가 자신을 선택한 주민(환자)의 명부를 활용함으로써 지속적인 의사-환자 관계 속에서 일차의료 서비스를 제공하는 체계.

- 주요 선진국들에서는 이 같은 명부를 활용하여 환자들을 질병별로 쉽게 구분해냄으로써 주치의가 만성질환 관리를 효과적으로 행하고 있음. 흔히 일차의료에서의 문지기 기능(gate-keeping)을 주치의제도로 오해하는 경우가 있는데, 문지기 기능은 의뢰체계(referral system)에 해당하며, 주치의제도를 구성하는 일차의료의 특징들 중 하나에 해당.

* 주치의제도가 잘 정착된 나라들로는 영국, 네덜란드, 덴마크, 노르웨이, 스페인, 뉴질랜드 등이 있고, 지난 10년 동안에 도입되어 과도기에 있는 국가들로는 스웨덴, 프랑스, 독일, 벨기에 등.

- 선진국들 중에서 주치의제도는 없지만 강력한 문지기 기능은 있는 나라로는 캐나다와 핀란드를 들 수 있고, 느슨한 문지기 기능을 유지하는 나라로는 미국과 호주를 들 수 있음. (표1. 참조)

- 반면, 우리나라는 문지기 기능이 결여되어 있을 뿐만 아니라 일차의료의 개념조차 확실히 자리 잡지 못한 상태임. 미국이 보편적 건강보장제도가 없어서 우리나라의 건강보험제도를 부러워한다지만, 일차의료 수준에 있어서는 우리나라가 미국보다도 뒤쳐져있음.

표 1. OECD 29개 국가의 주치의제도 도입 현황
Gate-keeping status of the 29 OECD countries

주치의제도	국가	환자 명부 (Patient List)	의뢰체계 (Referral system)
엄격한 주치의제도 (10)	네덜란드	의무	의무
	덴마크	의무	의무
	노르웨이	의무	의무
	스페인	의무	의무
	포르투갈	의무	의무
	이태리	의무	의무
	슬로바키아	의무	의무
	영국	명부 작성시 재정지원	의무
	뉴질랜드	명부 작성시 재정지원	의무
	헝가리	명부 작성시 재정지원	의무
느슨한 주치의제도 (5)	스웨덴 (2009)	명부 작성시 재정지원	재정지원
	프랑스	명부 작성시 재정지원	재정지원
	독일	명부 작성시 재정지원	재정지원
	벨기에	명부 작성시 재정지원	재정지원
	스위스	명부 작성시 재정지원	재정지원
의뢰체계 (6)	캐나다	의무 없음/재정지원 없음	의무
	핀란드	의무 없음/재정지원 없음	의무
	멕시코	의무 없음/재정지원 없음	의무
	폴란드	의무 없음/재정지원 없음	의무
	호주	의무 없음/재정지원 없음	재정지원
	아일랜드	의무 없음/재정지원 없음	재정지원
자유방임 (8)	오스트리아	의무 없음/재정지원 없음	의무 없음/재정지원 없음
	일본	의무 없음/재정지원 없음	의무 없음/재정지원 없음
	그리스	의무 없음/재정지원 없음	의무 없음/재정지원 없음
	터키	의무 없음/재정지원 없음	의무 없음/재정지원 없음
	아이슬란드	의무 없음/재정지원 없음	의무 없음/재정지원 없음
	체코	의무 없음/재정지원 없음	의무 없음/재정지원 없음
	룩셈부르크	의무 없음/재정지원 없음	의무 없음/재정지원 없음
	한국	의무 없음/재정지원 없음	의무 없음/재정지원 없음

Source: OECD Survey on health system characteristics 2008-2009. 스웨덴은 최근 문헌(Anell 2011)에 의함.

1. 우리나라 보건의료체계의 문제점과 주치의제도 도입의 의의

- 보건의료체계의 성과를 가늠하는 지표들(2010년)에서 우리나라를 다른 OECD 국가들과 비교해 보면, 최상위 또는 최하위 수준에 속하는 지표들이 많음
 - * 우리나라는 인구 천 명당 급성기 병상수(5.5, OECD평균 3.4), 인구 백만명당 CT 보유대수(35.3, OECD평균 22.6), 국민 1인당 1년간 의사 방문 횟수(12.9, OECD평균 6.4), 의사 1인당 1년간 환자 진료건수(7,251, OECD평균 2,543; 2007년), 그리고 보건의료비 지출의 증가속도(연9%, OECD평균 4.5%)에 있어서 세계 최고 수준임
 - 또한 우리나라는 일차의료 전문의 대신 각 분야별 질병 전문의들의 비중(>90%)이 최고 수준
- 주치의제도 도입을 통한 지역사회 일차의료 강화는 이 같이 동떨어져 있는 지표들을 다른 OECD 선진국가들 수준으로 적정화시킬 것임.
- 보건의료체계를 지탱하는 두 개의 큰 기둥을 들자면 자원조달체계와 의료제공체계를 들 수 있는데, 우리나라는 이 두 기둥이 모두 부실하여 이 같은 문제들이 발생하고 있음.
 - 의료기관 대부분(>90%)이 민간자본으로 건립되었고, 법적으로는 비영리이나 사실상 영리를 추구함.
 - 공보험인 국민건강보험이 정착되어 있다고는 하나 국민의료비 중 공적재원 비중(2010)은 58.2%로 OECD평균(72.2%)에 비해 크게 낮은 수준임.
- 또한 최초접촉이 이루어지는 일차의료의 개념에 대한 합의가 이루어져 있지 않고 의뢰체계가 유명무실함. 경증 환자를 두고도 의원과 의원 사이의 경쟁은 말할 것도 없고, 대형병원과 의원이 환자 유치를 위해 서로 경쟁하게 하지만 주치의제도 도입은 의료제공체계에서의 무질서를 극복하게 해줌.

2. 주치의제도 도입에 의한 편익

■ 우리나라에 주치의제도를 도입하면 주요 당사자인 국민, 의료인, 국가는 다음과 같은 편익을 누릴 수 있게 됨

주체	편익
국민이 누리는 편익	① 이플 때 어느 의료기관, 어느 전문의를 찾아가야 할 지 바로 주치의에게 전화나 인터넷으로 상담을 할 수 있다. ② 아프지 않을 때라 해도 건강증진/질병예방 상담과 교육, 질병의 조기 발견을 위한 정기건강검진을 받거나 안내받을 수 있다. ③ 언제 큰 병원을 방문해야 하는 지, 어떤 특정분야의 전문의를 찾아가야 하는 지에 대해 주치의로부터 안내받을 수 있다. ④ 주치의가 의료기록을 체계적으로 관리하므로 중복진료, 중복투약, 중복검사 등의 부작용이 최소화된다. ⑤ 보건의료체계에 대한 국민의 만족도가 향상된다. 주치의제도가 정착된 국가가 그렇지 않은 국가에 비해 의료만족도가 높기 때문이다.
의료인이 누리는 편익	① 환자-의사 관계가 지속되기 때문에 신뢰를 구축할 수 있고 양질의 일차의료 서비스를 제공할 수 있다. ② 만성질환자의 건강관리가 효과적으로 이루어질 수 있다. ③ 지불제도의 개편으로 진단 및 치료 행위의 빈도를 늘리지 않아도 되고, 임상진료지침에 따르는 교과서적인 진료가 가능해진다. ④ 의뢰-회송체계의 확립으로 일차의료 전문의와 특정분야 전문의 또는 병원 사이에 협력관계 구축이 가능하다. ⑤ 보건의료체계에 대한 의사의 만족도가 향상된다. 주치의제도 국가의 일차의료 의사들은 그렇지 않은 국가의 일차의료 의사들보다 만족도가 높은 것으로 조사된 바 있다.
국가가 누리는 편익	① 국가 보건의료체계의 효율성과 형평성이 크게 개선된다. 환자의 합리적인 의료이용으로 의료자원이 효율적으로 쓰이게 되며, 환자 본인부담이 줄게 되어 무상의료 실현이 쉬워진다. ② 주치의제도를 통해 일차의료의 속성들(최초접촉, 지속성, 포괄성, 조정기능)이 잘 구현되면 노인인구와 만성질환의 급증에 따른 의료비 증가에 잘 대응할 수 있게 된다. ③ 의료비 지출을 적정수준에서 안정화시키는 기능을 가지고 있어서 건강보험 재정을 안정화시키고 예측을 가능하게 해준다. 따라서 일차의료 부분의 주치의제도 도입과 병원 부분의 지불제도 개편은 국가가 당면한 피할 수 없는 과제이다.

1. 주치의제도 도입 정책의 실패 경험과 교훈

○ 우리나라에서도 주치의제도의 시범사업을 시도하려 했던 때(1996년도)가 있었음.

○ 당시 보건복지부 내의 1개국이 이에 주도적이었는데, 대국민 홍보의 부족, 정부의 준비 소홀, 의사단체의 반대 등으로 인해 더 이상 진행되지 못하고 말았음. 이후 김대중 정부의 보건의료정책 방향에 단골의사제도(1998년도)라는 명칭으로 포함되어 있기는 했으나, 의약분업 파동(2000년도)의 여파로 의사와 정부 사이의 관계가 극도로 악화된 가운데 실행에 옮기지 못했음.

○ '영리병원 도입-의료민영화 정책'의 시발점이 되었던 노무현 정부나 이를 심화시키려 했던 이명박 정부의 정책에서는 아예 포함되지도 않았음. 과거의 정책 실패 경험을 통해서 미루어 볼 때, 향후 제도 도입 시 유의해야 할 사항들은 다음과 같음.

① 사회적 의제화

- 제도 도입에 앞서, 일차의료의 개념과 가치, 그리고 주치의제도의 필요성에 대한 여론 형성과 사회적 의제화가 필요.

② 범정부 차원의 대책 추진

- 표준 일차의료기관 모형의 설정과 확대, 일차의료 인력의 양성, 지불제도의 개편, 건강정보체계의 확립 등이 필요하기 때문에 보건복지부를 넘어서는 범정부 차원의 위원회가 필요.

③ 국민·의료제공자 불편 최소화

- 국민의 선택권을 제한하거나 의료제공자의 부담을 증가시키는 방식은 지양.

④ 주치의제도의 단계적 정착

- 이미 왜곡된 의료체계에 적용된 업무처리 방식을 하루아침에 바꾸는 것은 어려움. 관련 당사자들이 수용할 수 있는 방식으로 시작하여 단계적으로 변화시켜 나가야 함.

표 2. 전 국민 주치의도제도 도입의 원칙

1. 한국 보건의료체계 맥락을 고려해야
2. 보건의료체계 구조변화를 수반해야 - 서비스 항목 추가 신설만으로는 불가능
3. 자발적 참여의 원칙 - 이용자(환자) incentive/disincentive로 시작
4. 중장기 방안이어야 함, 최소 5년 소요 - 준비기(3년)-시범 시행(2년) 후, 확대

2. 추진정책

1) 주치의 제도 도입 단계적인 방안 (표 3, 4, 5)

표 3. 전 국민 주치의제도 도입을 위한 5단계 준비과정

제 1단계: 여론 형성	대국민 홍보와 여론 형성을 통한 사회 의제화(1년차)
제 2단계: 관련법 제정	관련 당사자 의견수렴과 일차의료 특별법 제정(1-2년차)
제 3단계: 표준모형 설정	표준일차의료기관('마을건강센터') 모형설정 및 확대(1-5년차)
제 4단계: 이용자 참여	전 국민 '주치의 갖기 운동' - 이용자 인센티브(2-5년차)
제 5단계: 제공자 참여	환자목록 보유에 대한 제공자 인센티브(광역시-전국)(4-5년차)

표 4. 전 국민 주치의제도 도입을 위한 연차 별 과제

과제 항목	(난이도)	여론형성	이용자 참여시기			제공자 참여시기		제도원년
		2013	2014	2015	2016	2017	2018	
대국민 홍보	+	○						
이해당사자 의견수렴	+++	○	○					
일차의료특별법 제정	+++	○	○					
표준 일차의료기관 확충	++		○	○	○	○	○	
이용자 인센티브	+		○	○	○	○	○	
국가 의료 정보체계 구축	++		○	○	○	○		
임상 진료 지침서 개발 보급	+			○	○	○		
제공자 인센티브 (광역시-도)	+				○	○		
주치의제도 실행방안 개발	+				○			
주치의제도 운영조직 구성						○		
지불제도 개편	+							○

표 11 우리나라 일차의료 지불제도의 단계적 개편 방안

일차의료 지불제도 개편방안	현재	제공자 참여시기 (%)	전 국민 주치의제도(2018 -)			
			1단계(%)	2단계(%)	3단계(%)	
			1-3년	1-3년	1-3년	
행위별수가제	100	95	85	60	30	
지불제도 유형	성과급제	0	0	5	10	20
	환자당지불제	0	5	5	20	40
	수당	0	0	5	10	10
계	100	100	100	100	100	

■ 여론형성 - 사회적 의제화 시기(2013)

- 정치권 정책합의와 대통령의 강력한 의지 표명,
- 보건의료개혁 위원회 설치 - 위원장(보건복지부장관)에게 각 부처 의견 조 정권한 부여
- 제도홍보: 제도 필요성 대국민 공익광고/홍보 : 주치의를 통한 합리적 의료 이용의 편익 홍보, 2014.1.1부터, 주치의를 지정해야 한다는 홍보
- 관련당사자 의견수렴: 보건의료학계, 의사협회, 환자단체 등
- 관련법 제정/개정 ‘일차의료특별법’

■ 일차의료 특별법 제정 (초안, 별첨 예정)

다음 내용을 담은 특별법을 제정이 필요

- 모든 국민은 주치의 지정-이용할 권리와 의무가 있음.
- 표준 일차의료기관 (마을 건강센터) 설치와 운영
- 일차의료 인력 양성: 레지던트 정원의 30%를 일차의료 전공의 선발하면 수 련기금 지원
- 일차의료 교육 혁신: 의과대학 부속 일차
- 의퇴-회송 체계 확립
- 일차의료 정보체계 - 표준 웹 프로그램

■ 이용자 참여기 (2014년부터)

- 모든 국민은 자신의 주치의를 둘 권리와 함께 합리적인 의료이용을 할 의 무가 있음.
- 모든 국민은 최초접촉 진료를 담당할 일차의료 의사를 주치의로 지정해야
- 건강보험 진료비 본인부담금 비율조정 (이용자 인센티브): 주치의 지정-이용 시 하향, 그렇지 않은 경우 상향 조정
- 지정 가능한 주치의 수: 주치위는 원칙상 1인이지만, 제 1주치의 동의하에 한시적으로 제 2 주치의(자문의) 지정 가능. 단, 주치의 고유권한은 제 1 주치위에게 있음.
- 주치의 변경: 건강보험공단에 타당한 사유서 제출시 언제든지 가능

■ 제공자 참여기 (2016년부터) - 주치의제도 도입전기 시범사업

- 첫 해에는 광역시를 대상으로, 다음 해에는 1개 도 포함
- 참여 희망 제공자는 자신을 최초접촉 진료 의사로 지정한 환자들의 명부를 제출.
- 건강보험공단은 제출된 환자 명부에서 환자 수에 비례하여 인센티브를 제 공.

■ 주치의제도 도입 원년 (2018년)

- 모든 의사는 최초접촉 진료를 담당하는 일차의료 전문의(주치의)와 의뢰된 환자를 담당하는 특정분야 전문의(자문의 consultants)로 구분. (예외, 안 과)
- 주치의 역할을 선택하지 않은 의사(특정분야 전문의)에게 직접 최초접촉 진 료를 받는 환자는 본인부담 비율 인상.
- 첫 5년간(2018-2022)은 모든 의사에게 주치의 역할을 개방하여 소정의 연수 교육으로 일차의료 전문의(주치의) 자격을 취득할 기회를 제공함.

2) 표준일차의료기관('마을건강센터') 모형 설정 및 확대 방안

- 일차의료 강화는 국가의 바람직한 정책적인 개입과 지원이 필요함.
- 현재의 우리나라 일차의료 구조를 그대로 두고 새로운 서비스를 추가시키려는 시도가 종종 있어 왔었지만, 구조적 취약성을 그대로 두는 정책은 필연코 실패할 수밖에 없음. 선진국의 경우 일차의료기관은 그룹 진료 형태가 발달해 있지만 국내 일차의료기관의 대부분인 개인의원은 단독개원 형태가 90%이상.
- 또한 진료비 지불제도가 행위별수가제로만 되어 있어서 서비스 왜곡을 피하기 어려움.
- 전 국민 주치의제도 도입을 위한 준비과정에서는 일차의료의 표준 모형을 설정하고 점차로 확대해 가는 것이 필요하며, 이를 통해 우리 국민이 양질의 일차의료 서비스 경험을 해 볼 기회를 제공해야 함. 따라서 다음과 같은 '마을 건강센터' 모형을 제안함.

표 6. '마을 건강센터'(표준 일차의료 기관)의 구조와 9가지 기능

<구조>
* 위치: 지역사회
* 장비/시설: 지역 주민의 건강 필요(health needs)와 만족도를 고려할 것.
* 담당 인구: 지역 주민 1만 명.
* 일차보건의료 팀 구성(15~20인): 일차의료 전문의(4~5), 일차의료 전문간호사(3), 조무사(2), 방문간호사(1~2), 사회복지사(1), 물리치료사(1), 보건행정가(1), 영양사(1), 임상병리사(1), 방사선사(1) (약사 1인, 치과의사 1인, 한의사 1인)
<기능>
① 지역사회 진단, 계획수립, 평가 (지역주민대표, 보건소, 보험자 등이 함께 참여)
② 지역사회 취약 인구를 대상으로 하는 건강관리(주치의 서비스 제공)
③ 퇴원환자, 거동불편노인 및 장애인, 신생아, 임종환자를 위한 가정방문 간호/왕진
④ 건강증진-질병예방 교육/상담: 금연, 절주, 운동, 영양, 그리고 주요 질환 예방
⑤ 국가 중점관리대상 질환 관리
⑥ 예방접종
⑦ 지역주민 정기 건강진단 프로그램: 성인병 및 5대 암(위, 대장, 간, 자궁, 유방)
⑧ 진료실 일차의료
⑨ 지역사회 보건의료 교육/수련 기능 담당(학생 및 전공의 대상)

- 국내에서 개인의원, 보건소, 의료생협에 바탕을 둔 세 가지 유형의 일차의료 기관 표준 모형인, '마을 건강센터'가 가능할 것임.
- 마을 건강센터는 의과대학과의 협약에 의해 일차의료 전공 의대 교원의 근무가 가능하도록 해야 함.
- 이를 통하여, 안정적 의사인력 수급이 가능해짐. 의과대학 입장에서는 학생들에게 지역사회 일차의료 학습의 장이 마련될 것이고, 일차의료 전공 의에게는 지역사회 일차의료 수련의 기회가 제공될 것임.

※ 마을 건강센터 유형

■ 마을 건강센터 - 개인의원 모형

현재 일차의료기관의 대부분을 차지하는 지역사회 개인의원이 짧은 기간 동안에 '마을 건강센터'로 전환하는 일은 불가능하므로, 국가 차원의 중장기적으로 계획이 필요. 또한 정부 또는 보험자가 지역사회 개인 의원과의 계약을 통해서 일차의료 기관의 구조적 요건들을 갖추도록 지원하면서 표준 일차의료 기능을 수행하도록 장려하는 방안을 마련하는 것이 필요. 그룹진료의 활성화는 주치의제도 도입에 따르는 신규 일차의료전문의 진입장벽을 해소하는 데 큰 기여를 할 것임.

■ 마을 건강센터 - 보건소 모형

국내 기존의 보건소 업무에서 진료기능은 민간부문 일차의료에서 나타나는 분절화가 그대로 나타나고 있어서 건강 서비스와 연계가 거의 이루어지지 않고 있음. 일차보건의료 팀의 구성과 활동이 이루어지지 않고 있어서 일차의료 서비스의 질이 매우 낮은 것으로 평가된 바 있으며, 보건소 진료기능을 마을 건강센터 모형으로 개편하여 지역사회 일차보건의료 팀 활동의 중심이 되도록 해야 함. 현재의 '주민건강증진센터'에 일차의료 기능을 포함시켜서 '마을 건강센터 - 보건소 모형'으로 개편 할 수 있을 것임. 특히 농어촌 지역에서 공중보건의 인력이 일차보건의료 팀의 기능에 기여함으로써 인력활용의 효율성을 기할 수 있을 것임.

■ 마을 건강센터 - 의료생협 모형

국내의 의료생협은 이미 마을 건강센터 기능을 일정 부분 수행하고 있는 것으로 볼 수 있음. 따라서 주치의제도 전면 도입에 앞서 표준 일차의료 기관으로서의 마을 건강센터 의료생협 모형 시범운영은 성공 가능성이 커서 권장할 만함. 의료생협이 가지고 있는 특징인 지역사회 기반과 주민 참여는 일차의료를 구조적으로 튼튼하게 할 수 있는 장점으로 작용할 것임. 마을 건강센터 의료생협 모형은 바람직한 일차의료의 대안으로 확산될 수 있을 것임.

3) 주치의 의료 인력 양성과 자격 인정 방안

- 여론형성 시기(2013) - 이용자 참여 시기(2014-15).
 - 이 시기에는 의사를 주치의와 비주치의로 구분하는 것이 불필요.
- ‘제공자 참여 시기’ (2016-17) - 주치의 제도 도입기 (2018-20)
 - 제도참여 의향이 있는 의사(의원 종사)는 자신을 주치의로 지정한 환자의 명부를 보험자에게 제출하면 인센티브를 받음.
 - 소정의 주치의 연수교육을 이수하고, 국가시험을 통과하면 주치의(일차의료 전문의) 자격을 인정함.
 - 연수교육의 내용과 시간 등에 관하여는 관련부처장관령에 따름.
 - 연수교육과 국가시험에 예외를 인정하지 않음.
 - 의대/한의대 통합을 전제로 기존의 의원급에 종사하는 한의사에게도 주치의 연수교육과 국가시험 응시기회를 부여함.
- 주치의 제도 완성이 (2021-)
 - 일차의료 전공의 수련교육과 일차의료 전문의 연수교육을 담당할 일차의료 학회의 구성과 운영은 관련부처장관령과 일차의료특별법으로 정함.
 - 일차의료 전공의 수련과정을 이수하고, 국가시험을 통과하면 일차의료전문 의 자격을 인정함.

3. 소요예산

-주치의제도 도입 공약 실행을 위한 비용추계- 5년간, 4,425억원

제도의 순기능에 의해 사회적 편익이 발생하고 이로 인하여 투입되는 비용이 대부분 상쇄될 것이나, 제도 도입을 위해 초기에 우선 투입이 필요한 국가 예산을 먼저 추계해 본 것임.

2013년 (1년차) 152억원

대국민 홍보비용 - 주치의제도/일차의료 가치와 중요성 144억원
 이해당사자 의견수렴 - (심포지엄/토론회/간담회) 1억원
 일차의료특별법 제정 - 2억원
 위원회 구성 및 운영 - 5억원

2014년(2년차) 1,057억원

이해당사자 의견수렴 1억원
 일차의료특별법 제정 -1억원
 표준 일차의료기관 확충(100곳) 1,000억원
 이용자 인센티브 - 역 인센티브(건강보험예산) 0원
 국가 의료정보체계 구축 및 운영 50억원
 위원회 구성 및 운영 - 5억원

2015년 (3년차) 1,072억원

표준 일차의료기관 확충(100곳) 1,000억원
 이용자 인센티브 - 역 인센티브(건강보험예산) 0원
 국가 의료정보체계 구축 및 운영 50억원
 일차의료 임상진료지침서 개발 및 보급 17억원
 위원회 구성 및 운영 - 5억원

2016년 (4년차) 약 1,072억원

표준 일차의료기관 확충(100곳) 1,000억원
 이용자 인센티브 - 역 인센티브(건강보험예산) 0원
 제공자 인센티브 - 역 인센티브(건강보험예산) 0원
 국가 의료정보체계 구축 및 운영 50억원
 일차의료 임상진료지침서 개발 및 보급 12억원
 주치의제도 실행방안 개발 및 평가 계획수립 5억원
 위원회 구성 및 운영 - 5억원

2017년 (5년차) 약 1,072억원

표준 일차의료기관 확충(100곳) 1,000억원
 이용자 인센티브 - 역 인센티브(건강보험예산) 0원
 제공자 인센티브 - 역 인센티브(건강보험예산) 0원
 국가 의료정보체계 구축 및 운영 50억원
 주치의제도 운영조직 구성 및 지원 17억원
 위원회 구성 및 운영 - 5억원

--- 5년간 국가 예산 초기 투입비용 약 4,425억 원 ---

결론: 전 국민 주치의제도 도입, 대선 공약에 포함시켜야

우리나라는 보건의료의 공공성이 취약하다. 공공의료가 취약한 우리나라에서 시장의 논리를 들이 대며 경쟁을 강조하는 경우, 질병 치료 중심의 첨단 대형병원들만 발달하게 되는 것은 자명한 일이다. 의료서비스는 날로 상품화되어 구매 능력이 떨어지는 환자들의 의료이용은 더욱 제한받게 될 것이며, 건강의 양극화는 심화될 것이다. 일차의료는 퇴조할 것이며, 주치의제도는 요원해 질 것이다. 만일, 건강을 기본권으로 받아들이고 모든 국민이 형평하게 의료서비스를 이용할 권리를 옹호하며, 시장의 논리 보다는 공공성을 강조하는 정치지도자가 집권하면, 일차의료는 강화될 것이고 주치의제도 도입은 순조롭게 진행될 것이다.

우리 보건의료의 역사에서, 1989년 '전 국민 의료보험'의 도입이 보편적인 공적 재원조달체계의 성립이었다면, 이를 하나로 통합하였던 2000년 '국민건강보험'의 창설은 재원조달체계의 형평성과 공공성을 높인 것으로 평가할 수 있겠다. 이제 우리는 보건의료분야의 또 다른 과제인 일차의료와 의료제공체계의 문제에도 관심을 집중해야 하는데, 그 해법이 주치의제도에 달려 있다는 사실에 주목해야 한다. 제 18대 대통령 선거가 얼마 남지 남았다. 유력 후보들이 주치의제도의 도입을 대선 공약에 포함시키도록 시민사회와 보건의료계가 적극적으로 노력을 기울여야 할 때다.