

■ 세 미 나

한국에서의 일차의료의 방향

조경희, 김지윤

국민건강보험공단 일산병원 가정의학과, 대한가정의학회 정책연구원

현재 우리나라에서 일차의료의 범위에 대한 정확한 규정이 없으며, 기존의 연구나 보고서들에서도 일차 의료 및 일차의료기관에 대해 서로 다른 범위를 적용하고 있다. 의료법 제3조에서는 의원을 주로 외래서비스를 제공하는 기관으로, 병원과 종합병원을 주로 입원서비스를 제공하는 기관으로 정하고 있다. 이에 따르면 의원만을 일차의료기관으로 정해야 하나 병원과 종합병원에서 상당한 양의 외래서비스가 제공되고 있는 것이 현실이다.

일차 의료의 개념 도입은 1982년 한국인구보건원에서 「전국 보건의료망 편성을 위한 연구」에서 제안한 우리나라의 의료전달체계에서 찾아 볼 수 있다. 당시의 모형에서는 전국을 대·중·소 진료권의 보건의료망 조직화하고, 각 진료권 내에서 1, 2, 3차 의료전달 체계를 수립하며, 의료시설 및 의료인력의 개발·생산·배치에 관한 내용을 제시하여 1989년 전국민 의료보험 확대 실시와 함께 의료전달체계를 실시한 바 있다. 당시에는 일차의료에서는 질병이 처음 발생하여 진료를 받게 되는 단계로 가족을 단위로 하여 단골의사나 주치의사가 담당하며, 일반의, 개업의, 전과의, 초진의 등이 이에 담당하기로 하고 전체질병의 70~80%를 처리하며, 필요에 따라 전문의사에게 후송 의뢰하거나 병원 또는 종합병원에 의뢰하도록 제시하였다.

현재까지 우리나라의 의료 수준에 따른 의료 기관은 다양한 형태로 발전되어 왔으며 이에 따라 의료전달체계상으로는 두 가지의 환자 흐름 통계 기전을 갖도록 되어 있다(그림 1). 첫째로는 2000년 7월부터 가정의학과와 치과를 제외하고는 삼차진료 기관(500

병상 이상의 대학 병원이나 7백병상 이상의 종합병원)을 갈 때는 진료의뢰서를 지참해야 보험에서 급여를 받을 수 있도록 하여 요양 급여의 절차상의 제한을 두었고 둘째로는 의료기관의 종별에 따라 환자가 내는 진료비를 차등화 함으로써, 대형병원으로 환자가 몰리는 것을 막도록 하였다. 즉 3차 의료기관의 외래서비스는 진료의뢰서가 있어야 이용할 수 있도록 제한되어 있으므로 일차의료에서는 원칙적으로 제외된다고 할 수 있다.

그러나 낮은 추가 부담금과 접근성이 용이한 많은 병원과 종합병원에서의 외래서비스는 진료의뢰서 없이도 이용 가능하도록 되어 있어서 의원과 비슷한 서비스로 제공되고 있는 병원 및 종합병원에서의 일차 의료적 외래서비스에 대해서는 많은 논란의 여지가 있다. 따라서 최근의 일부 연구나 보고서들에서는 의원과 병원의 외래서비스를 일차의료로, 의원과 병원을 일차의료기관으로 설정하는 경우들도 있다. 또한 최근 전문인력과 시설 및 장비를 갖추고, 고도의 전문 치료를 외래를 통해 제공하는 의원들과 병원들이 증가하고 있는 상태에서 이러한 전문화 된 의원이나 병원에서의 외래서비스 전체를 일차의료로 규정할 수도 없다. 따라서 어느 수준의 외래서비스를 일차의료로, 어느 수준의 의료기관까지를 일차의료기관으로 할 것인지에 대한 논의가 요망된다.

1. 우리나라 일차의료의 현황

1) 의료기관 수의 변화

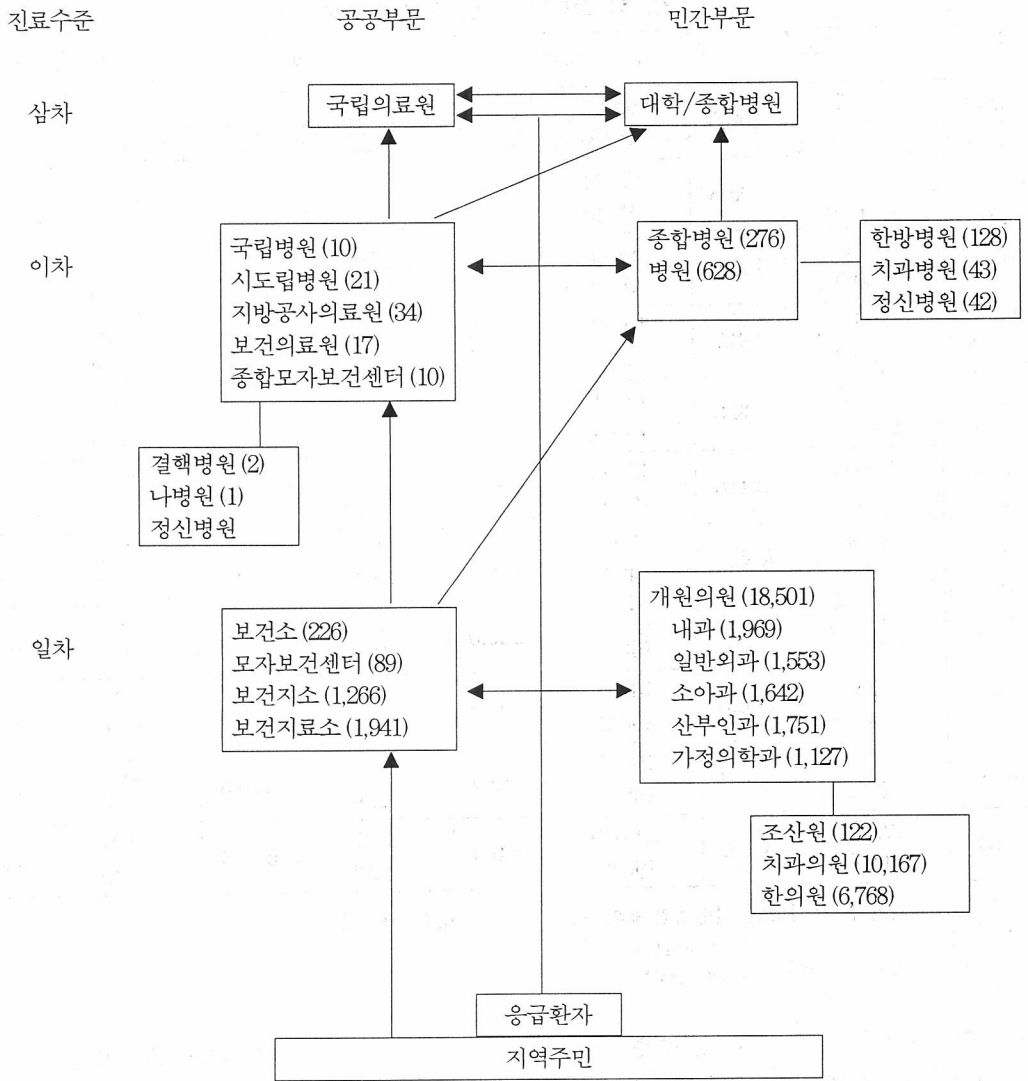


그림1. 한국의 의료전달체계
 자료: 박정환, 「의료전달체계; 일차의료 강화」

1975년 이후 우리나라 의료기관의 증별 증가추이를 보면, 2001년 말 종합병원은 37개에서 278개로 751.4%, 병원은 133개에서 706개로 530.8%, 의원은 6,087개에서 21,340개로 350.6% 증가하였다. 일차의료를 담당해야 하는 의원과 병원에 비해 종합병원의 증가율이 매우 높음을 알 수 있다(표 1). 전체 의료기관에서 차지하는 비율에 있어서도 연도별로 의원의 비율이 거의 증가하지 않았고, 병원의 비율이 약간 증

가한 것에 반해 종합병원의 비율은 두 배 이상 증가하였다. 이는 의료기관 수의 변화가 전체적으로 일차 의료의 비중을 약화시키는 방향으로 전개되었음을 보여준다. 또한 각 요양 기관은 1990년 이후로 급속히 증가하고 있는 추세이다(표2).

2) 의사수의 변화

표1. 의료기관종별 연도별 기관수 추이

(단위: 개, %)

연도	계		의원		병원		종합병원	
	개	(%)	개	(%)	개	(%)	개	(%)
1975	6,257	100.0	6,087	100.0	133	100.0	37	100.0
	(100.0)		(97.3)		(2.1)		(0.6)	
1980	6,666	106.5	6,344	104.2	240	180.0	82	221.6
	(100.0)		(95.2)		(3.6)		(1.2)	
1985	8,569	137.0	8,069	132.6	317	238.3	183	494.6
	(100.0)		(94.2)		(3.7)		(2.1)	
1990	11,491	183.7	10,935	179.6	328	246.6	228	616.2
	(100.0)		(95.2)		(2.9)		(2.0)	
1995	15,007	239.8	14,343	235.6	398	299.2	266	718.9
	(100.0)		(95.6)		(2.3)		(1.8)	
1996	15,694	250.8	15,002	246.5	421	316.5	271	732.4
	(100.0)		(95.6)		(2.7)		(1.7)	
1997	16,594	265.2	15,876	260.8	456	342.9	262	708.1
	(100.0)		(95.7)		(2.7)		(1.6)	
1998	17,813	284.7	17,041	280.0	517	388.7	255	689.2
	(100.0)		(95.7)		(2.7)		(1.4)	
1999	19,301	308.5	18,507	304.0	517	388.7	277	748.6
	(100.0)		(95.9)		(2.7)		(1.4)	
2000	20,338	325.0	19,472	319.9	581	436.8	285	770.3
	(100.0)		(95.7)		(2.9)		(1.4)	
2001	22,324	356.8	21,340	350.6	706	530.8	278	751.4
	(100.0)		(95.6)		(3.2)		(1.2)	

주) 병원수는 특수병원, 치과병원, 한방병원 제외, 정신병원, 결핵병원, 나병원 포함
 자료: 보건복지부. 「보건복지(사회)통계연보」. 1975-2000
 국민보험관리공단. 요양기관현황. 2001

의료기관 종별 의사수나 전체 전문의중 일차의료 담당 의사의 비중은 연도별로 크게 달라지지 않았다(표 3). 그러나 다른 나라와 비교해서 우리나라의 일차의사 비율은 아직 낮은 수준이다(표 4). 전문과목별 의원 종사자 비율에서는 가정의학과가 가장 높은 비율을 보이고 있으며, 소아과, 산부인과, 일반외과, 내과의 순이었다(표 5).

3) 진료실적의 변화

의원, 병원, 종합병원의 종별에 따른 연도별 외래 진료건수, 내원일수, 진료비 증가율의 차이가 별로 없다(표 6). 그러나 입원환자에 대한 고도의 치료를 제

공하기 위한 의료기관인 종합병원의 비중이 지나치게 높은 현상이 나타나고 있다.

4) 우리나라 국민의 외래이용현황

1998년에 실시한 국민건강영양조사 결과에 따르면, 지역별로는 읍, 면등 농촌지역에서, 성별로는 여성에서, 연령층에서는 영유아와 노인계층에서, 소득계층별로는 저소득계층에서 외래방문 횟수가 많았다. 질병별로는 급성질환자들이 일차의료기관인 의원과 병원을 이용하는 비중이 높았다(표 7).

3. 일차의료에 대한 논의들

표 2. 요양기관 현황

구분	계	종합병원	병 원	의 원	치과병원	치과의원	보건기관	한방병원	한방의원	조산원	약국
1990	43,502	230	360	11,172	5	5,345	34	3,439	3,592	407	18,918
1991	44,777	233	356	11,772	6	5,965	42	3,619	3,603	355	18,826
1992	46,527	236	373	12,470	6	6,650	52	3,972	3,617	261	18,890
1993	48,964	243	402	13,116	7	7,307	55	4,588	3,615	235	19,396
1994	50,923	255	446	13,795	9	7,794	68	4,891	3,610	190	19,865
1995	53,510	266	460	14,472	14	8,327	69	5,716	3,588	183	20,415
1996	54,918	273	483	15,056	15	8,782	84	5,936	3,588	160	20,541
1997	55,429	268	517	15,889	20	9,254	101	6,166	3,591	140	19,483
1998	57,466	271	569	16,971	34	9,688	117	6,410	3,582	135	19,689
1999	58,535	278	630	18,519	44	10,178	128	6,786	3,487	122	18,363
2000	61,836	288	680	19,690	60	10,607	140	7,249	3,433	127	19,562
2001	62,744	278	706	21,340	71	10,790	139	7,558	3,403	87	18,372

주) 2001년 12월말 수치임

자료: 건강보험심사평가원. 보험급여 및 진료실적. 2002

표3. 전체 전문의중 일차의료담당 인력 비교

연도	전체 전문의수	일반의수	가정의학과/내과/소아과 전문의 비중	가정의학과/내과/소아과/일반의과/산부인과 전문의 비중
1975	5,854	10,946	22.7	57.2
1980	8,415	14,149	22.8	55.2
1985	14,797	14,799	22.4	48.8
1990	23,222	19,332	31.5	53.2
1995	32,030	25,185	30.9	52.1
1996	34,726	24,599	30.8	51.5
1997	37,620	24,989	30.5	50.9
1998	40,669	24,762	28.3	48.3
1999	42,760	26,872	31.7	52.0
2000	45,870	26,541	31.7	51.6

주) 의사수는 면허의사수임. 해외거주자 포함.

일반의수에는 전공의가 포함되어 있음

자료: 보건복지부. 「보건복지(사회) 통계연보」. 1975-2000

표4. 주요국가의 일차진료의사 공급현황

구 분	캐나다	영국	독일	미국	한국
의사수 (10만명당)	196	92	242	200	103
일차의사수 (10만명당)	104	54	66-95	69	32
일차의사비중 (%)	53	59	27-39	34	31

주) 국가마다 일차의사에 대한 범위가 다름

자료: Whitecomd M. (1995). 양봉민. 국민의료비 증가와 일차의료의 역할. 사회정책논총

표5. 전문의의 의원 종사자 비율¹⁾

(단위:%)

전문과목	1989 ⁴⁾	1991	1993	1995	1997	1999
전체 전문의 ²⁾	49.4	48.7	50.3	49.7	47.9	48.4
가정의학과	82.6	77.8	73.5	71.2	66.3	66.7
내과	43.1	44.2	48.0	48.1	46.6	46.4
소아과	60.7	60.9	62.41	64.1	63.4	63.1
산부인과	63.1	59.9	61.0	61.2	59.5	59.2
일반외과	51.4	51.9	49.4	49.4	48.8	49.8
기타 전문의 ³⁾	39.2	39.8	41.8	41.8	40.1	41.1

주) 1) 해당과 의원개원자와 의원취업자를 해당과 총전문의수로 나눈 비율, 군복무자는 제외

2) 전문의 전체에 대한 비율임

3) 기타전문의는 상기 5개 전문과를 제외한 전문의임

4) 각 연도의 수치는 전년도 5월1일부터 당해연도 4월30일까지의 회원등록수를 근거로 산출함

자료: 대한의사협회. 「전국회원실태 조사보고서」. 각 연도

첫째. 보건복지부의 일차 의료 활성화를 위한 연구 (오영호 등, 2000)에서는 우리나라 일차의료 활성화의 걸림돌로 다음과 같은 문제점을 들었다.

하나. 의료전달체계 측면에서 일차의료기관과 상급 의료기관간 환자 의뢰 및 회송률이 낮다. 이는 종합 병원에서도 일차의료에 해당하는 서비스를 제공하고, 전문의들이 일차의료기관을 운영하면서도 전문적인 의료서비스를 제공함에 따라 모든 의료기관에서 그 종별에 관계없이 동일한 의료서비스를 제공하기 때문이다. 둘. 의료수가 측면에서 행위별수가제와 치료중심의 수가체계가 일차의료에서 대부분 이루어지는 기본적인 진료에 대해 상대적으로 적은 보상을 함으로

써, 일차의료서비스에 대한 경제적 유인이 없다. 현행 의료기관 종별 가산제도도 의료행위의 종류와 관계없이 이루어짐에 따라 3차 의료기관의 팽창과 일차의료의 위축을 가져왔다. 셋. 의사인력의 측면에서 전문의가 과도하게 배출됨으로써, 일차의료기관에서도 고도의 전문적인 의료서비스를 제공하려는 성향을 갖는다. 또한 일차의료 제공 가능성을 가진 가정의학, 내과, 소아과, 산부인과, 외과 전문의의 비중은 점차 감소하고 있다. 넷. 일차의료기관 측면에서 의료기술의 표준화 문제, 질적 유지장치의 미흡, 경영능력의 상대적 미흡 등을 포함하는 경쟁력이 부족하다고 할 수 있다.

표6. 의료기관 종별 외래 진료진수 추이

(단위:천건, %)

	1991		1993		1995		1997		1999		2000		2001	
계	110,634	100.0 (100.0)	131,298	100.0 (118.7)	156,495	100.0 (141.5)	186,168	100.0 (168.3)	208,513	100.0 (188.5)	226,594	100.0 (204.8)	256,749	100.0 (232.1)
의원	91,849	83.0 (100.0)	109,081	83.1 (118.8)	129,211	82.6 (140.7)	152,706	82.0 (166.3)	170,905	82.0 (186.1)	187,519	82.8 (204.2)	217,384	84.7 (236.7)
병원	5,419	4.9 (100.0)	6,114	4.7 (112.8)	7,468	4.8 (137.8)	8,692	4.7 (160.4)	10,175	4.9 (187.8)	10,422	4.6 (192.3)	11,124	4.3 (205.3)
종합병원	13,366	12.1 (100.0)	16,103	12.3 (120.5)	19,816	12.7 (148.3)	24,770	13.3 (185.3)	27,433	13.2 (205.2)	28,653	12.6 (214.9)	28,241	11.0 (211.3)
한방병원											1,087		980	
한의원							11,946		10,857		21,058		22,759	
약국 처방									26,411		54,158		244,538	
약국 직접	11,195		20,041		59,656		50,344		70,409		60,971		2,639	

주) 계는 의원, 병원, 종합병원의 합임

자료: 의료보험연합회, 「의료보험통계연보」 각연도

국민건강보험공단. 보험급여 및 진료실적. 2000, 2001

표7. 급성 및 만성질환의 치료원

	전 체	종합전문 요양기관	종합병원	병원	의원	보건기관
만성질환	100.00 (3,163)	9.20	10.88	7.27	56.94	15.71
급성질환	100.00 (4,512)	1.95	5.70	5.83	78.10	8.42

주) 외래방문횟수 = (총방문횟수/조사대상자수) × 100

자료: 남정자 외. 「1998년도 국민건강영양조사」. 한국보건사회연구원. 1999

이에 따라 일차의료의 활성화를 위해 수가차등화 제도, 의료보험 급여체계의 개선, 주치의 제도, 환자 본인부담금 조정 등이 논의되고 있는데, 이러한 정책들의 성공을 위해서는 우선적으로 의료자원의 공동활용을 통한 일차의료 경쟁력 강화가 선행되어야 하며, 이를 위해 개방형병원제도, 집단개원제도, 수탁검사 제도를 검토하고, 일차의료기관의 의료자원 공동활용 모형을 제시하였다.

둘째, 보사연의 연구(장원기 등, 2000)에서는 주치의 제도 도입을 중심으로 한 일차의료 전달체계의 개선 방향을 제시하였다.

우리나라의 일차의료의 접근성은 시간적, 재정적 접근성은 의원, 보건소가 가장 높고, 병원, 종합병원 순으로 나타났다. 지속성은 단골의료기관이 있는 경우가 69.8%로 다른 나라에 비해 낮은 수준으로 단골 의료기관으로는 의원, 보건(지)소가 93.2%이다. 동

일상병으로 2개 이상 의료기관을 이용한 사람에서 의사 의뢰에 의한 경우가 18.6%에 그쳐, 의사장보기 현상이 있음이 나타났다. 포괄성은 병원 및 의원의 외래서비스 이용목적이 예방이나 건강증진인 경우가 의원 3.6%, 병원 5.1%였으며, 나머지는 대부분이 치료를 받기 위해서였다. 따라서 서비스 범위에서 일차 의료의 포괄성은 매우 낮다. 이에 따라 일차의료의 접근성, 지속성, 포괄성 개선을 위해서는 주치의제도 도입을 가장 효과적인 대안으로 제안하였다.

셋째, 진료비 보상 방식에 따른 일차 의료 강화의 연구(이태진, 2001)에서는 환자의 건강 결과에 따른 재정적 위험 분산 방식을 제시하였다.

행위별수가제에서 낮은 수가는 의료공급자가 수요자의 이익 최대화보다는 자신의 경제적 이익을 우선으로 생각하는 문제의 발생을 가져온다. 우리나라에서 대부분의 일차진료의사들은 기대수입에 비해 실제수입이 적다고 인식하고 있다. 그 이유는 다른 의사들과의 수입수준의 차이, 투자비용의 증가, 의료분쟁에 의한 비용의 증가 등이 기대수입의 증가를 가져오고, 실제수입과의 격차에 대한 인식을 더 크게 만들어서, 적정 진료의 문제점을 촉진시킨다.

이를 해결하기 위해서는 적절한 유인책이 있어야 하는데, 현재 상황에서 수가의 인상 수준 자체가 한계를 가지며, 수가인상이 대리인문제를 완전히 해결하지도 못하는 것이 사실이다. 따라서 환자의 건강결과에 대한 재정적 위험분산방식에 의해 일차의사의 대리인문제 해결과 사회적 후생수준의 향상을 달성할 수 있다고 제시하였다. 재정적 위험을 일차진료의사에게 분담시키고자 할 때는 환자에게 보다 나은 서비스를 제공하는 것이 환자에게 좋지 않은 서비스를 제공할 때보다 더 일차진료의사에게 경제적으로 이익이 되는 보상체계를 만들어야 하므로 이에 대한 대안으로 단기적으로 현행 수가체계를 유지하면서 일차진료 의사가 제공하는 서비스의 양이나 질에 따라 재정적 위험을 적절히 분담하는 방안을 제시하였다. 여기에는 일차진료의사가 진료한 환자수에 따라 적정수를 초과할 경우 현행 수가계약체의 점수당 단가를 하향 조정하는 방안, 평균 진료비를 크게 상회하는 일차진료의사에 대해 점수당 단가를 하향 조정하는 방안, 일차진료의사의 서비스 질에 따라 점수당 단가를 조정하는 방안 등으로 중장기적으로는 행위당수가제와

인두제가 결합된 혼합 보상방식의 도입방안을 제시하였다.

4. 앞으로의 방향

최근 10여 년 간 우리나라의 의료 체계는 국민의 의료 이용 증가와 의료 기관 및 의료인력의 증가 등 수요와 공급 측면에서 급속한 확장을 나타냈다. 하지만 우리나라 의료체계의 문제점으로 나타나게 되는 의료기관의 대형화 및 의사 인력의 전문화 그리고 소비자의 고급 의료 선호에 따라 의료 비용 및 질병의 경중에 따른 적정 의료 서비스의 제공에서는 많은 문제점등이 나타나고 있다. 일차의료의 당위성에 대해서는 누구나 동의하고 있지만 이러한 정책적 의의를 제공하기 위해서는 일차의료의 강화를 통해 우리나라 보건의료부문의 당면과제인 의료자원의 합리적 사용 유도, 의료비 절감, 의료의 질 향상에 어느 정도 기여할 수 있는지에 대한 여러 검토가 요망된다. 거시적으로는 의료 발전과 함께 국가의 사회 복지 전체적 입장에서의 적절한 의료자원에 대한 투자 및 효율에 관한 논의가 요망된다. 이에 따라 공공의료와 민간의료 역할의 재검토와 함께 의료 전달 체계의 새로운 확립, 새로운 의료 보험제도 도입, 한국에서의 올바른 의약 분업의 방향 그리고 의료 공급자 즉 의료 기관, 의과 대학, 전공의 제도 전반에 대한 새로운 검토 속에서 일차 진료의사들의 소명과 노력이 요망된다.

참 고 문 헌

1. 대한가정의학회. 일차의료 양성과 삼차병원의 역할. 가정의학 정책토론회 자료집. 2000.
2. 박정환. 의료전달체계 (일차의료강화/의료전달체계). 대한의학회. 「한국의 의료환경」. 2001. pp. 130-7.
3. 오영호 등. 일차의료 활성화를 위한 의료자원 공동활용방안. 보건복지부, 한국보건사회연구원. 2000.
4. 이태진. 의료보험의 진료비 보상방식과 일차진료 의사 서비스. 한국보건경제학회 2001. p.21-37.
5. 이태진, 장원기. 일차의료 중심의 NHS 개혁에 대한 고찰. 보건경제연구 2000;6(1) :p.163-180

6. 장원기 등. 일차의료전달체계의 개선방안 연구; 주치의제도 도입방안을 중심으로. 한국보건사회연구원. 2000

<참고자료 출처>

1. 대한의사협회/통계자료실/의료인력 및 보건의료

- 인 현황. <http://www.kma.org/frame.asp?no=6>
2. 보건복지부/통계정보. <http://www.mohw.go.kr/>
3. 국민건강보험관리공단/자료실/통계자료실. <http://www.nhic.or.kr/jaryo/jarow.htm>
4. 건강보험심사평가원. 심사평가제도/통계/ <http://www.hira.or.kr/>